

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem Comunitária
Relatório de estágio

Gestão da adesão do tratamento da tuberculose

Maria José de Almeida Duarte

LISBOA

2016



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem Comunitária
Relatório de estágio

Gestão da adesão do tratamento da tuberculose


Maria José de Almeida Duarte

Orientador: Maria de Lourdes Varandas

LISBOA

2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“Compreender o seu potencial de saúde, os determinantes de saúde e especificidades próprias associadas à sua fase de ciclo de vida e contexto, e desenvolver conhecimentos, atitudes, competências e responsabilidade que promova a saúde e previna a doença do próprio, suas famílias, comunidades e contexto em que participa.”

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Professora Doutora Maria de Lourdes Varandas, o meu muito obrigada pela disponibilidade, apoio, compreensão e acompanhamento permanente nesta minha longa caminhada.

Ao meu orientador Enfermeiro Chefe Pedro Branco pela força, determinação e apoio neste projeto como fosse seu, estou grata pela ajuda no crescimento pessoal e profissional.

Às equipas de enfermagem de todas as unidades por onde passei, pela empatia e a forma carinhosa como me receberam e colaboraram no meu projeto.

Aos meus colegas de curso pelo apoio mútuo incondicional, que ficaram para o futuro.

À minha família pelo apoio incondicional ao longo desta etapa, à minha irmã e ao meu sobrinho pela ajuda e especialmente à minha mãe, uma grande mulher, pelo seu amor, apoio, força e presença constante, por me incutir coragem e dizer, filha vais conseguir. Mãe obrigada por acreditares em mim.

Aos meus amigos pelo apoio, força, carinho e compreensão pelas minhas ausências.

Aos colegas de trabalho pelo incentivo e motivação prestados.

A todos os utentes que aceitaram participar no meu trabalho, sem eles nada seria possível.

Um grato e profundo agradecimento a todos, que de uma maneira ou de outra me ajudaram a realizar este projeto e alcançar o meu objetivo.

RESUMO

A Tuberculose (TB) é um problema de saúde pública, a sua prevenção, diagnóstico e tratamento precoce estandardizado em regime de toma observada (TOD), são passos fundamentais no controlo desta doença em Portugal e em todo o mundo de forma a maximizar o sucesso do tratamento.

O número estimado de pessoas com patologia de Tuberculose está a diminuir anualmente, embora muito lentamente significando que o mundo está a caminho de alcançar o objetivo de desenvolvimento do milénio, reduzindo a propagação da tuberculose em 2015. (WHO, 2013) Em 2013, 9 milhões de pessoas ficaram doentes com TB e 1,5 milhões morreram. (WHO, 2015)

A finalidade deste projeto de intervenção comunitária pretende, “Capacitar os utentes com diagnóstico de tuberculose em regime de TOD para a gestão do tratamento” em sete unidades de saúde do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Lisboa Central.

Seguimos a metodologia do planeamento em saúde de Imperatori e Giraldes (1993), suportado pelo modelo teórico de Nola Pender. Visa permitir o aperfeiçoamento de competências científicas, técnicas e humanas na prática de cuidados especializados, avaliando o estado de saúde e contribuindo para a capacitação dos utentes.

O diagnóstico de situação permitiu identificar as necessidades relacionadas com a falta de conhecimentos sobre a doença, transmissão e tratamento da tuberculose. As estratégias e o processo de capacitação para a gestão à adesão ao tratamento, foram implementadas através de sessões educativas individualizadas e acompanhamento diário dos utentes. A formação em serviço em cada unidade de saúde, foi também uma estratégia utilizada com o objetivo primordial de atualização de conhecimentos nos enfermeiros, para uma prestação de cuidados de excelência. A avaliação evidenciou que as estratégias utilizadas aumentaram os conhecimentos e capacitaram os utentes para a gestão do tratamento.

Palavras-chave: tuberculose, regime de TOD, promoção da saúde, adesão, capacitar.

ABSTRACT

Tuberculosis (TB) is a public healthcare problem, and its prevention, diagnostic and a early programmed treatment in an observational method are fundamental steps to take in its prevention in Portugal e across all the world with the aim to maximize a successful treatment.

Estimated figures in people affected with this pathology are decreasing annually, although too slowly, meaning that the world is in it's way to reach it's aim of millennium development, decreasing the spreading of tuberculosis in 2015 (WHO, 2013). In 2013, 9 millions of people were infected with TB and 1.5 million died (WHO, 2015).

The aim of this interventional community project is to "Increase the capacity of people infected with TB in this observational method for a improved management treatment" in seven General Practitioner (GP) healthcare units in Lisbon central.

This project of interventional community it's done with a methodology of healthcare planning of Imperatory e Giraldes (1993), supported by theoretical model of Nola Pender. Tend to be an the improvement of scientific, technical and humanitarian competencies in the practise of specialized care, assessing the healthcare state and helping the patients capacity.

The diagnostic of this situation allowed to identify the needs in relation to the lacks, transmission and treatment of the disease. The strategies and capacity process to the adhesion treatment management were established though the individualized educative sessions and a daily patient follow. The service formation in each healthcare institution was as well an used strategy with the main aim to update the knowledge in nurses, for a excellent care to the patients. The assessment brought up that the used strategies increased the knowledge and patient capacity to the treatment management.

Keywords: tuberculosis, observational method, healthcare improvement, adhesion, capacity

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO.....	11
1 FOCO DE INTERVENÇÃO.....	13
1.1 A tuberculose.....	13
1.2 Justificação do tema.....	15
1.3 Diagnóstico e tratamento.....	19
1.4 Gestão do regime terapêutico	23
1.5 Autoeficácia para comportamentos de saúde.....	27
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	29
2.1 Modelo teórico de Nola Pender.....	29
3 METODOLOGIA - PLANEAMENTO EM SAÚDE	35
3.1 Diagnóstico de situação de saúde.....	35
3.1.1 Contextualização do local de estágio	36
3.1.2 Caracterização da população-alvo.....	37
3.1.3 Instrumento de colheita de dados.....	37
3.1.4 Questões éticas.....	39
3.1.5 Análise dos dados e principais resultados.....	40
3.1.6 Identificação dos problemas e formulação dos diagnósticos de enfermagem.....	43
3.2 Definição de prioridades.....	44
3.3 Fixação de objectivos.....	45
3.4 Seleção de estratégias.....	46
3.5 Avaliação.....	49
4 LIMITAÇÕES DO PROJETO.....	54
5 COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA.....	55
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59

ANEXOS

Pág

Anexo 1. Representação gráfica do modelo teórico de Nola Pender.....	64
Anexo 2. Instrumento de colheitas de dados.....	65
Anexo 3. Autorização da aplicação da escala MTB-23 – Módulo de Tuberculose Pulmonar.....	77
Anexo 4. Autorização da aplicação do Questionário do estado de saúde (SF-36v2).....	79
Anexo 5. Autorização para ida a campo e extensão de pedido.....	81

APÊNDICES

Apêndice 1. Cronograma de Atividades.....	86
Apêndice 2. Declaração de consentimento informado.....	88
Apêndice 3. Pedido da aplicação da escala MTB-23 – Módulo de Tuberculose Pulmonar.....	90
Apêndice 4. Pedido da aplicação do Questionário do estado de saúde (SF-36v2)	92
Apêndice 5. Pedido de autorização para ida a campo e extensão do pedido..	94
Apêndice 6. Tratamento estatístico da Parte I do Questionário.....	98
Apêndice 7. Tratamento estatístico da Parte II do Questionário	107
Apêndice 8. Tratamento estatístico da Parte III do Questionário	124
Apêndice 9. Questionário de levantamento de necessidades formativas.....	135
Apêndice 10. Dados da Avaliação das necessidades formativas... ..	137
Apêndice 11. Quadro de avaliação da formação em serviço.....	139
Apêndice 12. Plano de estratégias	141
Apêndice 13. Plano de 3 Sessões Educativas individualizada	143
Apêndice 14. Sessões educativas individualizadas.....	145
Apêndice 15. Flyer “Tuberculose o que devo Saber” para utentes em regime de TOD.....	160
Apêndice 16. Flyer “Tuberculose o que devo Saber” para população em geral.....	162

Apêndice 17. Pôster “Tuberculose” para população em geral.....	164
Apêndice 18. Dois pôsters “Tuberculose” para enfermeiros.....	166
Apêndice 19. Plano de 7 Sessões de Formação em Serviço.....	169
Apêndice 20. Formação em serviço.....	171
Apêndice 21. Tratamento estatístico da Parte II do Questionário 2ª aplicação.....	206
Apêndice 22. Tratamento estatístico da Parte III do Questionário 2ª aplicação.....	221

QUADROS

Quadro 1. Fatores que afetam a adesão.....	25
Quadro 2. Exercício profissional de enfermagem e a estratégia STOP TB.....	26
Quadro 3. Definição de Prioridades dos diagnósticos de enfermagem.....	44

LISTA DE SIGLAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ACSLC - Agrupamentos de Centros de Saúde Lisboa Central

CPP- Classificação Portuguesa das profissões

CDP - Centro de diagnóstico pneumológico

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP - Cuidados de saúde primários

DGS - Direção Geral de Saúde

DOTS - *Direct Observed Therapy Short Course Treatment*

ECDC - European Centre for Disease Prevention and Control

ICN- International Council of Nurses

MDR-TB- Tuberculose multiresistente

Mt - *Mycobacterium tuberculosis*

NANDA- North American Nursing Diagnosis Association

OMS - Organização Mundial de saúde

PNT - Plano nacional da luta contra a tuberculose

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

TB - Tuberculose

TOD - Toma observada diretamente

TP - Tuberculose Pulmonar

TSA- Teste de sensibilidade aos antibióticos

UE - União europeia

HIV - Vírus da imunodeficiência humana

WHO - Organização Mundial de Saúde

INTRODUÇÃO

Este trabalho de projeto, insere-se na Unidade Curricular Estágio de Enfermagem Comunitária e da Família com Relatório, no âmbito do 5º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária.

O estágio decorreu em sete unidades do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Lisboa Central, entre o período de Setembro de 2014 a Fevereiro de 2015 e teve como principal objetivo, o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista de Saúde Comunitária.

Neste sentido a finalidade deste projeto de intervenção comunitária é “Capacitar os utentes com diagnóstico de tuberculose em regime de TOD para a gestão do tratamento” nestas unidades.

Os cuidados de saúde primários (CSP) “são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade”, constituem a função central e o foco principal, sendo o primeiro elemento de um continuado processo de prevenção da doença e promoção da saúde. (Declaração de Alma Ata, 1978)

Cuidar destas pessoas e famílias é de extrema importância, na prevenção da transmissão e na contribuição da erradicação desta doença infecciosa. Este projeto de intervenção comunitária é elaborado segundo a metodologia do planeamento em saúde de Imperatori & Giraldes (1993), suportado pelo modelo teórico de Nola Pender. Este visa o aperfeiçoamento de competências científicas, técnicas e humanas na prática de cuidados especializados, com base na metodologia do planeamento em saúde, avaliando o estado de saúde e contribuindo para a capacitação dos grupos e comunidades.

O cuidar constitui a essência da enfermagem. Este representa a pedra basilar da disciplina, que tem evoluído ao longo do tempo com aquisição de competências próprias e específicas da sua área de intervenção. (Amendoeira, 200)

A tuberculose (TB) é um grande problema de saúde a nível mundial, associada ao vírus da imunodeficiência humana (HIV) sendo uma das principais causas de morte em todo o mundo.

Verifica-se um decréscimo na taxa de mortalidade para 47% o que significa que diagnóstico eficaz e tratamento de TB salvou 43 milhões de vidas entre 2000 e 2014. As metas para deter e reverter a incidência da TB foram alcançadas a nível mundial. Globalmente também se verificou um decréscimo na incidência da TB que caiu em média de 1,5% ao ano desde 2000 e é agora 18% mais baixo do que o nível de 2000. Apesar destes avanços e do facto de que quase todos os casos podem ser curados, a TB continua a ser uma das maiores ameaças do mundo. Em 2014 a tuberculose matou 1,5 milhões de pessoas (1,1 milhões de HIV-negativos e 0,4 milhões de pessoas HIV-positivo), sendo 890 000 homens, 480 000 mulheres e 140 000 crianças. Globalmente a taxa de sucesso do tratamento para pessoas com diagnóstico recente de TB foi de 86% em 2013. Um nível que tem sido sustentada desde 2005.

O trabalho está estruturado por seis capítulos, no primeiro é feita relevância ao foco de intervenção, pertinência do tema e sua fundamentação teórica. No segundo capítulo é apresentado o referencial teórico norteador deste projeto. No terceiro capítulo, é abordado a metodologia do planeamento em saúde, fazendo a descrição das suas fases, apresentando o diagnóstico de situação, questões éticas inerentes ao desenvolvimento deste projeto, contextualização do local de estágio, caracterização da população-alvo, instrumentos de colheita de dados, análise e principais resultados, identificação dos problemas e formulação de diagnósticos de enfermagem. Posteriormente é apresentado as definições de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, e das atividades a desenvolver e no final deste capítulo é realizada a avaliação das atividades desenvolvidas através dos indicadores de avaliação. No quarto capítulo apresenta-se as limitações do projeto. No quinto capítulo, é feita uma análise reflexiva do desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária. No último e sexto capítulo, as considerações finais refletem uma análise de todo o trabalho.

1 FOCO DE INTERVENÇÃO

1.1 A tuberculose

A tuberculose (TB) continua a ser, uma das doenças infecciosas mais mortais em todo mundo. Em 2013, 9 milhões de pessoas desenvolveram tuberculose e morreram 1,5 milhão de pessoas, das quais mais de 95% das mortes por TB ocorrem em países em desenvolvimento, estando entre as 5 maiores causas de morte de mulheres com idades entre 15 a 44 anos, também 550 000 crianças ficaram doentes com Tuberculose e 80 crianças morreram desta doença. A TB causa um quarto de todas as mortes, relacionadas com pessoas com HIV-positivo e desenvolveram tuberculose multirresistente (MDR-TB) um número estimado de 480 000 pessoas. (WHO, 2015)

Em 2013 na Região Europeia ocorreram 360 mil novos casos de tuberculose, o que equivale a uma incidência média de 39 casos por 100 000 habitantes, isso representa cerca de 4% do total da carga de tuberculose no mundo. Durante 2013, o número absoluto de casos de TB incidente na Organização Mundial de saúde (OMS) Região Europeia caiu 20 mil em comparação com o ano anterior, refletindo a diminuição da TB observada ao longo dos últimos 12 anos. A grande maioria dos casos de tuberculose ocorreu nos 18 países de alta prioridade, estes países respondem por 85% do total dos casos de TB incidente. (WHO, 2015)

Em Portugal nos últimos anos, a incidência da doença tem vindo a baixar, mantendo-se, contudo, valores acima da incidência Europeia. (DGS, 2013) Em 2013 foram notificados 2393 casos de tuberculose, dos quais 2195 eram casos novos, correspondendo a uma taxa de notificação de 22,9/100.000 habitantes e a uma taxa de incidência de 21,1/100.000 habitantes, em 2012 tinham sido notificados 2605 casos dos quais 2405 eram casos novos representando assim uma taxa de notificação de 24,7/100.000 habitantes e uma taxa de incidência de 22,9/100.000 habitantes. Foi assim observada uma redução de cerca de 7% da taxa de notificação e de incidência entre 2013 e 2012, apesar da redução da população residente. (DGS, 2014)

Ao longo dos últimos anos, tem vindo a assistir-se ao desaparecimento das regiões de alta incidência (≥ 50 casos/100 000 habitantes). Atualmente não existe nenhum distrito com alta incidência de tuberculose. Contudo os distritos do Porto, Lisboa e Setúbal apresentam ainda, uma incidência intermédia de tuberculose (> 20 casos/100.000 e < 50 casos/100.000 habitantes). (DGS, 2014)

Porto e Lisboa são as cidades com maior incidência de tuberculose do país. Em 2013 ocorreram 257 casos de tuberculose na cidade de Lisboa (taxa de incidência de 49,4/100.000 habitantes) e 119 casos na cidade do Porto (taxa de incidência de 52,9/100.000 habitantes). (DGS, 2014)

Tal como em 2012, a maior proporção de casos de doença (89,7%) foi detetado por rastreio passivo, sendo o rastreio de contactos responsável pela deteção de 4,5% dos casos. (DGS, 2014)

A distribuição por sexo mostra que 64% dos casos de TB são do sexo masculino e a idade média dos doentes é de 48 anos, sendo o grupo etário dos 35 aos 44 anos seja o mais representado (21% dos doentes). (DGS, 2014)

A principal localização da tuberculose foi pulmonar de 70,5%, e destes 10% também tiveram atingimento extrapulmonar, nomeadamente a pleural e linfática extratorácica foram as mais frequentes. (DGS, 2014)

No ACES Lisboa Central a morbilidade e a mortalidade por doenças infecciosas, tem-se verificado um decréscimo significativo, sustentado desde a implementação do Programa Nacional de Vacinação, em 1965. No entanto apesar das melhorias expressas registadas, a incidência de tuberculose e de infeção por VIH em Portugal, é ainda muito elevada quando comparada com alguns países da União Europeia com as taxas de incidência mais baixas. (ACSLC, 2013)

Em média nos últimos 6 anos, ocorreram no concelho de Lisboa 117 mortes por ano por doenças infecciosas e parasitárias abaixo dos 65 anos. Cerca de 100 em cada 1000 mortes por todas as causas, proporção superior a verificada na Grande Lisboa e no Continente. (ACSLC, 2013)

A análise das declarações obrigatórias de doenças transmissíveis mostra que o ACES Lisboa Central é a área com maior número de casos notificados entre 2010 e 2012. (ACSLC, 2013)

Particularmente é preocupante a grande expressão dos casos de tuberculose neste ACES em relação ao conjunto de Lisboa, o aumento foi de 35% entre 2010 e 2012. Também em 2014 os casos notificados perfaziam 85 casos distribuídas pelas unidades do ACES lisboa Central. (ACSLC, 2013)

1.2 Justificação do tema

Nas últimas décadas tem vindo a verificar-se vários casos de Tuberculose, relacionado sobretudo com a deficiente adesão ao tratamento. (Rodrigues e Domingos, 1999) A prática baseada na evidência demonstra, que um dos principais problemas da população com o sistema de saúde é o abandono ou incorreto cumprimento dos tratamentos, cujas consequências vão refletir na morbilidade e mortalidade, assim como no aumento da resistência de antibióticos, pela não adesão ao tratamento.

O número estimado de pessoas com patologia de Tuberculose está a diminuir anualmente embora muito lentamente, significando que o mundo está a caminho de alcançar o objetivo de desenvolvimento do milénio reduzindo a propagação da tuberculose em 2015. (WHO, 2013) Estima-se que houve 37 milhões de vidas salvas entre 2000 e 2013, existindo assim um declínio de 45% na taxa de mortalidade e 41% na prevalência da tuberculose desde 1990. (WHO, 2014)

No entanto, dado que a maioria das mortes por tuberculose são evitáveis, o número de mortos pela doença é inaceitavelmente elevado e os esforços para combatê-la deve ser acelerada.

O enquadramento da OMS, para o controlo efetivo da TB inclui objetivos e metas, a estratégia DOTS (Directed Observed Therapy Short Course) , um conjunto de medidas, operações chave para a sua implementação e indicadores para medição do progresso. (DGS, 2006)

Os objetivos do Plano Nacional contra a Tuberculose (PNT) são reduzir a mortalidade e morbilidade associadas à TB, bem como a transmissão da doença, prevenindo ao mesmo tempo o desenvolvimento de resistência aos fármacos. A principal intervenção para o controlo da TB é a quimioterapia estandardizada de curta duração em toma observada diretamente. (DGS, 2006)

Espera-se que este resultado no PNT atinja pelo menos 85% de cura e que detetam pelo menos 70% dos casos de TB com microscopia positiva, esperando uma rápida redução da mortalidade, prevalência, transmissão da TB, redução gradual da incidência, redução da resistência adquirida aos antibacilares, tornando assim o tratamento futuro da TB mais fácil e exequível. (DGS, 2006)

Contudo o PNT está em linha com a estratégia STOP TB, que inclui um conjunto de princípios de ação sustentados na estratégia DOTS (Directed Observed Therapy Short Course), esta estratégia operacionaliza a intencionalidade da OMS de controlar, prevenir e erradicar a TB em todo o mundo, constituída por os seus cinco componentes (OE, 2013):

- 1 - Compromisso político sustentado;
- 2 - Acesso assegurado ao dispositivo laboratorial para microscopia da expectoração de qualidade controlada;
- 3 - Quimioterapia estandardizada em regimes de curta duração para todos os casos, sob condições de gestão adequadas, incluindo a toma diretamente observada.
- 4 - Fornecimento ininterrupto de fármacos e qualidade garantida;
- 5 - Sistema de registo e análise de dados, permitindo avaliar os resultados do tratamento em todos os doentes, assim como o desempenho do programa.

A estratégia DOTS também tem como princípios organizacionais (DGS, 2006):

- Disponibilidade de uma rede de diagnóstico e tratamento descentralizada, baseada no dispositivo do Serviço Nacional de Saúde e integrada nos CSP;
- A boa gestão do programa de controlo, baseada na gestão e supervisão dos profissionais de saúde;

- Um sistema de avaliação das atividades, para a detecção de casos e de avaliação dos resultados do tratamento por análise de coortes.

A Assembleia Mundial da Saúde convocada anualmente pela OMS, em Genebra, em Maio de 2014, aprovou uma resolução com suporte completo a nova Estratégia Global de TB pós-2015 com os seus ambiciosos objetivos. A Estratégia visa acabar com a epidemia mundial de TB, com metas de redução de mortes por tuberculose em 95% e reduzir novos casos em 90% entre 2015 e 2035, para garantir que nenhuma família está sobrecarregada com despesas catastróficas devido à TB, estabelecendo marcos intercalares para 2020, 2025, e 2030. (WHO, 2015)

A resolução da Assembleia Mundial da Saúde apela aos governos, para se adaptarem e implementarem a Estratégia Global com empenho e financiamento de alto nível, reforçando um foco dentro da estratégia em atender populações altamente vulneráveis, à infecção e acesso ao atendimento precário à saúde, como os migrantes. A estratégia e a resolução de destacar a necessidade de envolver os parceiros no setor da saúde e para além, como nos domínios da proteção social, trabalho, imigração e justiça. A resolução pede que o Secretariado da OMS ajude os Estados-Membros adaptar e operacionalizar a estratégia, notando a importância de tratar do problema da TB multirresistente e promover a colaboração através das fronteiras internacionais. A OMS também está convidada a acompanhar a aplicação e os progressos realizados para os marcos e as metas de 2035. (WHO, 2015)

Por estes motivos o empenho pela classe de enfermagem, nomeadamente os enfermeiros com especialização em enfermagem comunitária prestando cuidados de excelência, com vista a prevenir o aparecimento de novos casos, detetar e tratar casos de doença instalados com eficácia e centrado no Cliente / Comunidade. Peixoto (2013) diz-nos, que todos os profissionais de saúde nomeadamente os enfermeiros, que exercem a sua atividade profissional junto da comunidade, têm maior responsabilidade, competência, capacidade de intervenção ao nível da promoção e da educação para a saúde, bem como a prevenção da doença.

Os enfermeiros têm uma intervenção essencial, estando na linha da frente no concretizar de um tratamento padronizado como é a TOD (toma

observada diretamente), relativamente à abordagem sistemática prestando cuidados centrados na pessoa doente com TB, família e comunidade, sendo imprescindível garantir a monitorização e acompanhamento de cada caso, pois só assim podemos ajudar a pessoa a gerir o seu regime terapêutico, contribuindo para a diminuição da maior ameaça da TB nos dias de hoje, o ressurgimento de formas resistentes à terapêutica.

A tuberculose como doença infecciosa é um problema de saúde pública, sendo fundamental para o seu controlo em Portugal e em todo o mundo a sua prevenção, diagnóstico e tratamento precoce. É uma doença causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* (Mt), podendo o agente infeccioso atingir qualquer parte do corpo, sendo a tuberculose pulmonar a manifestação mais frequente. A via de transmissão é quase exclusivamente por via aérea através da inalação de gotículas, contendo o Mt, expelidas pela pessoa doente quando esta tosse, fala ou espirra. (DGS, 2013)

Cerca de um terço da população do mundo tem tuberculose latente, significa que as pessoas estão infetadas mas não têm TB ativa, não podendo transmitir a doença. (WHO, 2013) O risco de infeção e doença TB varia, as pessoas que tiveram contato com pessoas com tuberculose ativa: sendo que só 30 a 40% das pessoas ficam com doença latente e 5 a 10% das pessoas desenvolvem a doença em algum momento da sua vida. O risco de doença é mais elevado durante os 2 primeiros anos após a infeção. (DGS, 2013)

Por vezes a doença é assintomática ou apresentam sintomas aparentemente simples, que são ignorados durante alguns meses ou até anos. Frequentemente os sinais e sintomas são: tosse persistente (produtiva ou não), hemoptise, rouquidão ou laringite, emagrecimento, suores noturnos, toracalgia, anorexia, febrícula vespertina, calafrios, palidez, astenia e sudorese noturna, assim, dependendo da localização na TB, existem alguns sintomas específicos por exemplo, na coluna vertebral, a espondilite tuberculosa, pode apresentar lombalgias e um abscesso com colapso vertebral, a linfadenite tuberculosa manifesta-se por linfadenomegalia indolor no pescoço e a tuberculose do rim por hematúria sendo o seu principal sintoma. (DGS, 2013)

Em casos de co-infecção com o VIH a apresentação clínica pode ser atípica, geralmente nos casos mais avançados da infeção pelo VIH, devido a imunidade estar comprometida. (ECDC, 2014)

As estratégias mais adequadas para prevenir a transmissão desta doença na comunidade, são a identificação precoce e seu tratamento. O enfermeiro deve apresentar uma abordagem compreensiva e empática, com escuta ativa perante uma pessoa com suspeita de TB, intervir e orientar de acordo com as necessidades identificadas, de modo a que fortaleça a confiança na equipa multidisciplinar. (DGS, 2013)

O risco de transmissão em casos de TB ativa, é determinado por vários fatores como a ventilação e tamanho do local. Outro fator é o risco mais elevado de serem infetados, os contatos mais próximos nomeadamente no domicílio. O nível da contagiosidade é outro fator, que depende da concentração de bactérias na expetoração, da gravidade e higiene da tosse praticada pela pessoa. (DGS, 2013)

Se houver diagnóstico de TB pulmonar, deve efetuar-se o rastreio aos contatos próximos para uma deteção precoce de pessoas infetadas, com o objetivo de iniciar tratamento à infeção latente, evitando a progressão futura para a doença. (DGS, 2013b)

1.3 Diagnóstico e tratamento

O diagnóstico de Tuberculose deve incluir o exame físico, a história clínica e social, a realização de testes/análises, Rx do tórax e análise bacteriológica de amostras de expetoração, sendo o método mais fiável e efetivo para a identificação de casos infecciosos de TP. Este exame baseia-se na identificação do *Mycobacterium tuberculosis* nas secreções respiratórias, sendo amostra de expetoração proveniente da árvore brônquica. Na colheita de expetoração espontânea, existem duas metodologias possíveis, estratégia convencional de três amostras em três dias consecutivos, ou a política atual de duas amostras no mesmo dia. Esta segunda estratégia foi avaliada pela OMS e considerada equivalente à estratégia convencional. Este método de diagnóstico

permite iniciar o tratamento no mesmo dia, reduzindo os custos e o abandono ao tratamento ainda na fase de diagnóstico. (DGS, 2013)

Nos casos de tuberculose pulmonar considera-se o período de contagiosidade, desde a data de início dos sintomas em particular da tosse. No caso de não haver tosse, determina-se o período de contagiosidade com base no início dos outros sintomas ou da data do primeiro sintoma da doença. Todos os doentes com TB de localização respiratória (pulmonar, pleural ou laríngea) devem ser considerados como contagiosos. (DGS, 2013a)

Na fase de apreciação da pessoa com diagnóstico de tuberculose são explicadas a importância das medidas de proteção individual e da biossegurança e da proteção dos contactos próximos (DGS, 2013) de forma a quebrar a cadeia de transmissão.

A nível da prevenção secundária a realização do rastreio dos contactos próximos, deve ser efetuado nos primeiros 15 dias após o diagnóstico e dos contactos esporádicos, caso se justifique, deve ser efetuado nos 15 dias subsequentes. (DGS, 2013a)

O tratamento é assegurado pelos serviços de saúde, mais especificamente pelos serviços, Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP), de forma gratuita.

O tratamento é eficaz à base de antimicrobianos, no entanto não pode haver abandono, tendo pelo menos a duração de seis meses. Para evitar o abandono do tratamento é importante que sejam fornecias ao utente informação, supervisão e apoio por um profissional de saúde. A grande maioria dos casos de tuberculose pode ser curada quando o tratamento é realizado corretamente. (WHO, 2013)

O tratamento de pessoas infetadas é a atividade prioritária no controlo da TB, com vista a cessar a transmissão da doença. O tratamento tem como objetivos: curar o doente e restaurar a sua qualidade de vida e produtividade, prevenir a morte por TB ativa ou pelas suas consequências tardias, prevenir a recidiva de TB, reduzir a transmissão de TB a outros, prevenir o surgimento e a transmissão de resistência a fármacos. (WHO, 2010)

Os esquemas padronizados no tratamento da TB são sustentados no conhecimento da biologia do Mt tendo um crescimento lento podendo

permanecer longos períodos quiescente e têm uma grande capacidade para desenvolvimento de resistências. Tem também em conta as características do doente, o mecanismo de ação dos fármacos, no padrão de suscetibilidade da TB na comunidade em causa. (WHO, 2010) Os esquemas padronizados dependem ainda da classificação do caso: se é novo, se é retratamento, se é tratamento após insucesso, suspeita ou confirmação a resistência. A administração da medicação deve ser numa única, diária, preferencialmente em jejum, em regime de TOD. O recurso a esquemas diários é facilitador, não só para a pessoa no cumprimento do regime terapêutico, como simplifica a supervisão das tomas por parte dos enfermeiros. (DGS, 2013a)

O tratamento é centrado na pessoa facilitando a acessibilidade ao tratamento, como a escolha do local, a hora mais conveniente e o mais próximo possível da sua residência (ou do seu local de trabalho). A TOD é uma componente importante das políticas internacionais (estratégia DOTS - *Direct Observed Therapy Short Course Treatment*) para o controlo da TB, é uma medida com forte impacto na prevenção de resistências. O enfermeiro responsável pela TOD deve escolher um local ventilado e com privacidade, observar a toma e deglutição da terapêutica, registar a TOD e possíveis efeitos secundários, encorajar a pessoa a continuar o tratamento, clarificar e esclarecer dúvidas quanto à doença e ao tratamento, certificar-se da realização dos exames de expectoração de controlo, garantir que se encontram atualizados os contactos do doente e dos contactos próximos e se necessário encaminhar a pessoa para o serviço social. (DGS, 2013)

É um tratamento prolongado no mínimo de seis meses e tem duas fases: fase inicial em que se pretende a morte rápida dos bacilos e melhoria dos sintomas e a fase de continuação com o objetivo de esterilização das lesões e prevenção de recidivas (WHO, 2010) A fase inicial corresponde a 2 meses de tratamento com isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol, que corresponde a 56 doses em regime de TOD, e a fase de continuação de no mínimo 4 meses de isoniazida e rifampicina, que corresponde a 126 doses em regime de TOD. (WHO, 2010) Assim, para que se passe da fase inicial do tratamento para a fase de continuação, devem estar presentes alguns critérios, como ter realizado as 56 doses de medicação em regime de TOD, apresente

culturas negativas e teste de sensibilidade aos antibióticos (TSA) demonstra sensibilidade aos antibacilares de 1ª linha. (Duarte et al, 2010)

A fase de continuação do tratamento poderá ser superior a 4 meses, variando consoante a localização da TB, a evolução clínica do doente, da adesão ao tratamento, da resistência a fármacos, existe a necessidade do prolongamento da fase de continuação da terapêutica, podendo o tratamento ter a duração até dois anos. (Duarte et al, 2010)

A decisão terapêutica face a interrupções ou abandonos ao tratamento deve ser baseada no resultado das baciloscopias, no tempo de abandono e no tempo de tratamento já efetuado. Sempre que os exames diretos ou culturais da expectoração, realizados a data da reintrodução da terapêutica antibacilar, forem positivos, o esquema terapêutico deve ser reiniciado, independentemente de qualquer outro fator, sendo que nessa altura deve ser repetido teste de susceptibilidade aos antibacilares. Se abandonou durante a fase inicial do tratamento (primeiros 2 meses), e se faltou menos de 14 dias, prossegue tratamento (completando o número de doses predefinidas) e se faltou mais de 14 dias reinicia o tratamento. Se abandonou durante a fase de manutenção e se faltou mais de 80% das tomas previstas deve-se ponderar terminar tratamento se as baciloscopias na fase inicial da apresentação do quadro eram negativas, caso contrário prossegue tratamento, se fez menos de 80% das tomas previstas, se interrompeu mais de 3 meses, reinicia tratamento se for menos de 3 meses de interrupção prossegue o tratamento (completando o número de doses predefinidas). (Duarte et al, 2010)

Todos os antibacilares têm efeitos adversos, devemos conhecê-los bem de modo a identifica-los e a agir prontamente. Perante a ocorrência de efeitos adversos deve-se confirmar a dose dos fármacos utilizados, excluir outras causas para os sinais e sintomas apresentados pelo doente, estimar a gravidade dos efeitos adversos, suspender o/os fármacos responsáveis e eventualmente re-introduzir os fármacos de forma gradual perante a resolução do quadro. (Duarte et al, 2010)

1.4 Gestão do regime terapêutico

Os enfermeiros têm um papel crucial na resposta a este desafio em saúde pública, pela proximidade e transversalidade da sua atuação identificando as necessidades da pessoa com tuberculose, diagnosticar, prescrever e implementar as intervenções de enfermagem, como avaliar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, ou seja, para além de assegurar a administração da terapêutica prescrita, confere a eficácia a diferentes medidas de controlo da tuberculose por si prescritas, sendo flexíveis e basear-se não só nas necessidades da pessoa, mas também da sua família e comunidade promovendo assim a adesão ao tratamento. (OE, 2013)

Sendo a gestão do regime terapêutico um constructo multidimensional, em que a gestão do regime medicamentoso, nomeadamente a terapêutica antibacilar é fulcral. Esta gestão implica outro conceito estruturante, o de adesão já que sem ele, a pessoa não será capaz de satisfazer as exigências terapêuticas dos cuidados de saúde à medida que aceita o tratamento prescrito.

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) ® Versão 2 (2011. p. 38), adesão é:

“Ação auto iniciada para promoção de bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento. (Frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente).

A Organização Mundial de Saúde também, define adesão como sendo a “medida em que o comportamento de uma pessoa tomar a medicação, seguir uma dieta e/ou executar alterações no estilo de vida correspondente às recomendações acordadas de um prestador de cuidados de saúde”. (WHO, 2003, p. 3)

A gestão ou controle eficaz do regime terapêutico, um padrão de regulação e integração na vida diária da pessoa para o tratamento da doença e

suas sequelas, que seja suficiente para cumprir os objetivos relacionados com a saúde.

De acordo também com o International Council of Nurses (ICN) a gestão do regime terapêutico, “é um tipo de comportamento de adesão com características específicas: executar as atividades, cumprindo um programa de tratamento da doença e suas complicações, atividades essas que são satisfatórias para atingir os objetivos específicos de saúde, integrar atividades para o tratamento ou prevenção da doença na vida diária”. (ICN, 2002, p.58)

A identificação precoce e o tratamento adequado dos casos de tuberculose infecciosa é a estratégia mais adequada para prevenir a transmissão da doença na comunidade. Uma estratégia eficaz de detecção das pessoas recentemente expostas é fundamental, visto estarem em maior risco de desenvolver a doença dando-se início ao rastreio dos seus contactos. (DGS, 2013)

O enfermeiro tem um papel determinante no apoio dos doentes e família, quer no combate ao estigma das pessoas com TB, que podem colocar em causa o sucesso do tratamento, não só pela negação da doença bem como pela não adesão ao tratamento. Este estigma muitas vezes está ligado a uma diversidade de falsas crenças e mitos, como pensarem que a TB é incurável. A maior parte das vezes o estigma, é a falta de conhecimento sobre a doença e o tratamento têm de ser expostos e esclarecidos através da educação da população.

Tendo presente a dimensão e a repercussão da não adesão ao regime terapêutico das pessoas com TB, uma das estratégias é decidir o local da TOD conjuntamente com o doente, garantir a aceitação do enfermeiro responsável pela TOD, estabelecendo uma relação de proximidade mútua entre o enfermeiro e o doente, informar a pessoa sobre a doença e o tratamento e oferecendo incentivos para melhorar a adesão ao tratamento. DGS, (2013)

Perante a situação de doença, a pessoa é confrontada com inúmeros desafios que por si só, exigem uma grande capacidade de adaptação, de mobilização de determinados recursos (*coping*), e a capacidade de autocuidado, autogestão, no que corresponde à adesão do regime terapêutico.

A adesão ao tratamento é um fenómeno pluridimensional, implica essencialmente um papel ativo da pessoa e equipa de enfermagem em seguir um planeamento e implementação do regime terapêutico. Uma vez que a adesão ao tratamento é influenciada por diversos fatores sociais, económicos e culturais, relacionados com o sistema de saúde, com os serviços, os profissionais de saúde, com a doença, com o tratamento e os fatores que são relacionados com a pessoa doente apresentados no quadro seguinte.

Quadro 1. Fatores que afetam a adesão

TUBERCULOSE	FATORES QUE AFETAM A ADESÃO	Intervenções para melhorar ADESÃO
Fatores Social / económicos	(-) A falta de apoio social; cultura, crenças sobre a doença e tratamento; estigma; etnia, gênero e idade; alto custo da medicação; alto custo do transporte; envolvimento criminal; envolvimento com drogas.	Avaliação das necessidades sociais, de apoio, alojamento, alimentação, e as medidas legais; fornecendo transporte para locais de tratamento; providenciar assistência; mobilização de organizações de base comunitária; otimizar a cooperação entre os serviços; educação da comunidade e fornecedores para reduzir estigma; família e comunidade apoio
Sistema de saúde / fatores da equipa de saúde	(-) De saúde pouco desenvolvidas serviços; relação inadequada entre profissional de saúde e do paciente; profissionais de saúde que são inexperientes, excesso de trabalho, inadequadamente controlada ou sem supervisão em suas tarefas; incapacidade para prever a não adesão do paciente (+) As boas relações entre paciente e médico; disponibilidade de perícia; ligações com o apoio pacientesistemas; flexibilidade nas horas de operação	Ininterrupto, disponibilidade imediata de informações; formação e processos de gestão que visam melhorar a forma como os prestadores de cuidados para pacientes com tuberculose; apoio para as organizações locais de doentes / grupos; tratamento da doença e tratamento em conjunto com os pacientes; assistência multidisciplinar; supervisão de pessoal intensiva; treinamento em monitoramento da adesão; utilização de DOT
Fatores relacionados à condição	(-) Os pacientes assintomáticos; uso de drogas; alteração do estado mental causada pelo abuso de drogas; depressão e estresse psicológico (+) O conhecimento sobre a tuberculose, educação no uso de medicamentos; prestação de informações sobre tuberculose e a necessidade de atender para tratamento	Educação no uso de medicamentos; prestação de informações sobre tuberculose e a necessidade de cumprir para tratamento
Fatores relacionados ao tratamento	Regime de tratamento complexo; efeitos adversos do tratamento; toxicidade	Educação sobre uso de medicamentos e efeitos adversos dos medicamentos; educação aderência; uso de fixeddose preparações da combinação; apoio ao tratamento sob medida para as necessidades de doentes em risco de não-adesão; acordos (escrito ou verbal) para voltar para um compromisso ou curso de tratamento; monitoramento contínuo e reavaliação
Fatores relacionados ao paciente	(-) Esquecimento; abuso de drogas; depressão; estresse psicológico; isolamento devido ao estigma (+) A crença na eficácia dotratamento; motivação	Relação terapêutica; mútuo estabelecimento de metas; auxiliares de memória e lembretes; incentivos e / ou reforços; cartas de insistência, lembretes de telefone ou visitas domiciliares para os pacientes que padrão

(+) = Fatores que têm um efeito positivo na adesão; (-) = Fatores que têm um efeito negativo sobre a adesão

(Fonte: modificado da OMS, 2003 - Internacional Standart Tuberculosis care janeiro de 2006)

A parceria Stop TB em consonância com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, visa reduzir drasticamente a carga global de tuberculose até 2015, tem como objetivos alcançar o acesso universal aos

cuidados de alta qualidade para todas as pessoas com TB, reduzir o sofrimento humano, proteger as populações vulneráveis, apoiar o desenvolvimento de novas ferramentas e permitir a sua utilização atempada e eficaz. (WHO, 2014)

Os profissionais de enfermagem desempenham um papel significativo no controlo da TB, com eficácia, estes profissionais devem conhecer os sinais e sintomas da doença, a abordagem da pessoa com suspeita e com diagnóstico de tuberculose, avaliar o risco de transmissão da doença e as medidas de controlo da sua transmissão. Com base nos elementos da estratégia DOTS, a atividade dos enfermeiros no combate à tuberculose destaca-se os aspetos referenciados no seguinte quadro.

Quadro 2. Exercício profissional de Enfermagem e a estratégia STOP TB

Objetivos	Estratégia e fundamentação	Intervenções do enfermeiro
Cumprir compromisso político	- Investimento a nível nacional e local para implementar e sustentar o programa bem-sucedido de controlo da TB.	- Informar sobre a tomada de decisões estratégicas e políticas, bem como auxiliar a sua implementação.
Detetar precocemente pessoas em fase infecciosa (através de microscopia de amostra de expectoração)	- Eficácia de custos; - Identificação de casos infecciosos.	- Identificar casos suspeitos; - Apoiar pessoas e comunidades preocupadas; - Ensinar a fazer a colheita de boa amostra; - Promover a acessibilidade para entrega de amostras; - Proporcionar suporte informativo (Dados e resultados); - Educar para a saúde e rastreio; - Encaminhar pessoas com suspeita de TB doença ou TB infeção latente para consulta médica.
Garantir tratamento sob TOD	- Eficácia do tratamento prescrito e adesão à terapêutica (responsabilidade partilhada); - Formação periódica dos profissionais observadores do tratamento, garantindo responsabilidade e aceitação pela pessoa doente.	- Garantir o acesso equitativo; - Planear cuidados individualizados; - Educar pessoa e família; - Monitorizar e documentar a medicação e o progresso; - Apoiar as pessoas doentes, família e observadores do tratamento; - Encaminhar pessoas/família para apoio social, se necessário.
Notificar e registar doença de declaração obrigatória.	- Avaliar sistematicamente: a) Progresso do doente e resultado do tratamento; b) Desempenho global do programa.	- Manter registos claros e exatos com informação laboratorial, cartões de tratamento registo TB; - Comunicar o progresso individual e coletivo.
Fornecer regularmente e ininterruptamente os antibacilares	Minimizar a possibilidade de interrupção do tratamento.	- Garantir que existe um fornecimento suficiente de antibacilares para todos os doentes; - Providenciar sempre que possível, a entrega de reforços alimentares, após toma de medicação; - Encaminhar/facilitar deslocações gratuitas das pessoas em regime de TOD.

Garantir aspetos logísticos adicionais: formação e supervisão.	Garantir a qualidade e a gestão adequada de casos reais e possíveis de TB.	<ul style="list-style-type: none"> - Promover o desenvolvimento profissional individual; - Promover a formação de profissionais de saúde que exercem a sua função fora dos CDP's e administram terapêutica antibacilar em TOD; - Disponibilizar educação às pessoas doentes, às suas famílias, às comunidades, etc.; - Disponibilizar suportes informativos sobre TB e o seu tratamento pessoa com TB, conviventes, instituições e comunidades; Dinamizar a sala de espera utilizando meios existentes (TV, vídeos e placards).
Garantir a flexibilidade na implementação dos aspetos técnicos	Necessidade de flexibilidade na implantação dos componentes DOTS, por diversidade de contexto geográficos, ambientais e culturais.	Prestar cuidados individualizados, centrados na pessoa doente, contribuindo para serviços mais flexíveis.

Adaptado de Conselho Internacional de enfermeiros (2008, p.41)

1.5 Autoeficácia para comportamentos de saúde

A promoção de saúde é um objetivo primordial pela classe de enfermagem, nomeadamente pelos enfermeiros especialistas em Saúde Comunitária, focando o seu trabalho na promoção da saúde e prevenção da doença, tendo presente os níveis de prevenção primário, secundário e terciário, dado que trabalham em proximidade com as pessoas inseridos no seu ambiente e conhecendo as suas necessidades de saúde. Para além disso, possuem conhecimentos baseados na evidência científica que nos coloca numa posição privilegiada para intervir na comunidade.

A promoção de saúde é definida pela OMS como “o processo que permite aumentar às pessoas o controlo sobre a sua saúde e melhorá-lo” (WHO, 1984, p.3), foi também um aspeto contemplado na 1ª conferência Internacional sobre promoção de saúde realizada em Ottawa (1986) definindo como promoção de saúde “o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar” (Carta de Ottawa Para a Promoção de saúde, 1986)

Assim, o objetivo dos cuidados de saúde deve ser dirigido para ajudar a pessoa a identificar do seu potencial de saúde, prestando cuidados de enfermagem que conduzam a atingir esse potencial

Os enfermeiros identificam que a doença afeta o estado de saúde dos indivíduos, famílias, grupos e comunidades, tal como outros fatores

importantes, nomeadamente a componente física e mental, também avaliada no instrumento de colheita de dados utilizado neste trabalho.

Nola Pender diz-nos que existem características que afetam diretamente a saúde das pessoas, nomeadamente o comportamento anterior relacionado e os fatores pessoais: os biológicos, psicológicos e sócio-culturais da pessoa, também as influências situacionais e interpessoais, tal como a atividade relacionada com a apresentação, a importância para a pessoa perceber os resultados positivos que anteciparão do comportamento de saúde, assim como o perceber as barreiras antecipadas a ter determinado comportamento. A autoeficácia percebida pela pessoa é muito importante, ou seja, é a capacidade de julgamento da pessoa para organizar e executar um comportamento de saúde. A autoeficácia percebida influencia as barreiras percebidas à ação, de modo a que uma maior eficácia resulta em perceções reduzidas das barreiras do desempenho comportamental. Assim esperamos um resultado comportamental, existindo um compromisso no plano de ação levando ao nosso objetivo primordial, que leva a pessoa tem um comportamento de promoção de saúde. (Pender, 1996)

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O profissional de saúde tem necessidade de utilizar modelos e teorias conceituais de enfermagem, que nos ajudem a compreender os problemas pela abordagem da ciência da Enfermagem. Com estes modelos conseguimos ter uma melhor percepção do problema e da forma como adequar a nossa intervenção, tornando os enfermeiros melhor documentados para dar resposta a essas questões.

Este projeto fundamenta-se no referencial teórico do modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, por considerar que descreve a natureza multifacetada das pessoas em interação com o meio onde se inserem enquanto procuram a saúde, sendo muito relevante para a prática de enfermagem porque se aplica em diversos contextos e ao longo do ciclo vital. (Pender, 1996)

2.1. Modelo teórico de Nola Pender

Na sua essência a enfermagem preocupa-se, desde os seus primórdios em assegurar cuidados de saúde humanizados a quem deles necessita. Muitas teóricas de enfermagem têm vindo a investigar e a aprofundar conhecimentos sobre diferentes modelos de atuação, que podem ser tidos em consideração ao cuidar de cada pessoa. O modelo teórico de Nola Pender, é direcionado para a importância da enfermagem no “... ensino da promoção da saúde...” e “...se aplica ao longo do ciclo vital e é útil em diversos contextos...” (Pender, 1996, p.707)

Este modelo funciona como base numa tentativa de descrever a natureza multifacetada das pessoas, que interagem com o ambiente enquanto procuram a saúde, apresentando uma abordagem orientada para o foco. A teórica “...afirma que existem processos bio-psico-sociais complexos que motivam os indivíduos a ter comportamentos orientados no sentido da melhoria da saúde.” (Pender, 1996, p. 706)

Podendo ser aplicado em diversos contextos e ao longo de todo ciclo vital, o facto de enfatizar o papel ativo da pessoa na gestão dos seus comportamentos de saúde, faz com que seja um importante instrumento de

trabalho para os enfermeiros que apostam que a promoção da saúde não deve ser secundária comparativamente aos cuidados à doença. (Pender, 1996)

O modelo de promoção da saúde, define como principais conceitos em enfermagem: pessoa, meio ambiente, enfermagem, saúde e doença. (Pender, 1996)

A Pessoa é um organismo biopsicossocial que é parcialmente moldada pelo meio ambiente, mas também procura criar um ambiente no qual o potencial humano inerente e adquirido pode ser totalmente expressa tornando a relação entre a pessoa e do ambiente é recíproco. As características individuais, bem como as experiências de vida moldar comportamentos, incluindo comportamentos de saúde. A pessoa é o centro deste modelo e expressa-se de forma única e pessoal, de acordo com os seus esquemas cognitivos e preceptivos individuais, de acordo com os fatores a que é exposta. (Pender, 1996)

O Meio Ambiente é o contexto social, cultural e físico no qual o curso da vida se desenrola. O meio ambiente pode ser manipulado pelo indivíduo, para criar um contexto positivo de sinais e facilitadores para comportamentos que melhoram a saúde. (Pender, 1996)

A Enfermagem é a colaboração com os indivíduos, famílias e comunidades para criar condições favoráveis, para a expressão de uma saúde ótima, de alto nível e bem-estar. (Pender, 1996)

A Saúde em referência ao indivíduo é definida como, a realização de inerente e adquiriu o potencial humano através de um comportamento alvo-dirigida, autocuidado competente e satisfazendo relações com os outros, enquanto os ajustes são feitos conforme necessário para manter integridade estrutural e harmonia com ambientes relevantes. A saúde é uma vida em evolução experiência. (Pender, 1996)

As doenças são eventos discretos ao longo do tempo de vida de curta duração (aguda) ou de longa duração (crônica), que podem dificultar ou facilitar sua busca contínua para a saúde. (Pender, 1996)

É um modelo que pode potencialmente aplicar-se ao longo de todo o ciclo vital, para explicar a mudança de comportamento e que tem como conceitos principais: fatores cognitivo-preceptivos que incluem a importância da

saúde, o controlo percebido da saúde, a auto eficácia percebida, a definição de saúde, o estado de saúde percebido, os benefícios percebidos resultantes da adoção de determinado comportamento e os obstáculos que a pessoa percebe para realizar a ação; fatores modificadores como as características demográficas, as características biológicas, as influências interpessoais, fatores situacionais e fatores comportamentais. (Pender, 1996)

Este modelo centra-se em dez categorias de determinantes de comportamentos de promoção da saúde, agrupadas em três grandes grupos: as características e experiências individuais, as cognições e afetação do comportamento e o resultado comportamental, como podem ser observados na representação esquemática do modelo. (Anexo I)

As características e experiências individuais incluem as categorias: comportamento anterior relacionado e fatores pessoais biológicos, psicológicos e socioculturais. Constituem cognições e afetação do comportamento, modificáveis através das intervenções de enfermagem: os benefícios percebidos da ação, as barreiras percebidas à mesma, a autoeficácia percebida, a atividade relacionada com a apresentação, as influências interpessoais nomeadamente da família e prestadores de cuidados, bem como as normas, apoios e modelos, as influências situacionais como as opções, a estética e as características exigidas. (Pender, 1996)

O resultado comportamental, refere-se às exigências e preferências de competição e ao compromisso com um plano de ação. (Pender, 1996)

As dez categorias referidas a definir sucintamente, relacionam-se entre si de forma dinâmica e conduzem ao comportamento de promoção de saúde desejado. Sendo as seguintes (Pender, 1996):

- Comportamento anterior relacionado refere-se a comportamentos semelhantes do passado, que podem condicionar o comportamento atual;
- Fatores pessoais biológicos, referem-se à idade, sexo, índice de massa corporal e força, entre outros; psicológicos como a autoestima, a auto-motivação, o estado de saúde percebido e a definição pessoal de saúde; socioculturais, que incluem variáveis como a raça, etnia, aculturação, educação e estatuto socioeconómico;

- Benefícios da ação percebidos são resultados positivos antecipados pela pessoa em consequência do comportamento de saúde;
- Barreiras percebidas à ação, são dificuldades antecipadas pela pessoa que podem ser reais ou imaginadas e custos pessoais da realização do comportamento;
- Auto-eficácia percebida, é a avaliação pessoal da capacidade de realizar determinado comportamento de promoção de saúde e influencia as barreiras percebidas à ação, sendo que quanto maior a auto-eficácia percebida, menores as barreiras à adoção do comportamento de promoção de saúde desejado;
- Atividade relacionada com a apresentação, refere-se aos sentimentos subjetivos positivos ou negativos associados pela pessoa ao comportamento, antes, durante ou após o mesmo. Há uma associação positiva entre a atividade relacionada com a apresentação e a auto-eficácia percebida;
- Influências interpessoais ou conhecimentos relativos aos comportamentos, crenças ou atitudes de outro, incluem as normas, o apoio social e a modelagem ou aprendizagem vicariada. A família, o grupo de pares e os profissionais de saúde são fontes primárias de influências interpessoais;
- Influências situacionais, são as percepções ou conhecimentos da pessoa sobre determinada situação ou contexto e que podem facilitar ou dificultar o comportamento, direta ou indiretamente. É o caso da percepção pessoal sobre as opções disponíveis, o nível de exigência do comportamento de saúde desejado e aspetos estéticos do ambiente onde ele se realiza;
- Compromisso com um plano de ação, refere-se à intenção e compromisso da pessoa com uma estratégia planeada, que conduz à adoção do comportamento de saúde esperado;
- Exigências e preferências de competição, imediatas em que as exigências se referem a comportamentos alternativos sobre os quais a pessoa tem pouco controlo, devido a contingências como o trabalho e as responsabilidades familiares. As preferências de competição são os comportamentos alternativos sobre os quais a pessoa tem maior controlo, como a escolha dos alimentos para uma refeição ou lanche;
- Comportamento de Promoção da saúde é o resultado final de toda a intervenção, ou seja, o comportamento que conduz a resultados de saúde

positivos. São comportamentos de promoção de saúde seguir uma dieta saudável, ou seja, uma dieta adequada à sua condição de saúde, exercício físico regular, vigilância de saúde, sono e repouso adequados, fazer as vacinas recomendadas no Plano Nacional de Vacinação, entre outros.

Os principais pressupostos do Modelo de Promoção da Saúde (Pender, 1996), realçam o papel ativo da pessoa na gestão do seu comportamento de saúde, refletindo a perspectiva das ciências comportamentais:

1. As pessoas procuram criar condições de vida, que lhes permitam exprimir o seu potencial de saúde humano e único.
2. As pessoas têm consciência reflexiva e de apreciação das próprias competências.
3. As pessoas valorizam o crescimento, que entendem positivo e procuram um equilíbrio pessoalmente aceitável entre a mudança e a estabilidade.
4. As pessoas procuram auto-regular o seu comportamento.
5. As pessoas interagem com o ambiente, transformando-o e sendo transformadas por ele.
6. Os profissionais de saúde, integram o ambiente interpessoal com influência sobre as pessoas ao longo do seu ciclo vital.
7. A reconfiguração dos padrões de interação pessoa-ambiente, deve ser auto-iniciada e é essencial à mudança de comportamento.

Do modelo de promoção da saúde de Nola Pender (Pender, 1996), emergem alguns princípios com relevância para o exercício profissional dos enfermeiros, no que se refere à promoção da saúde:

- O comportamento anterior e as características herdadas ou adquiridas, influenciam as crenças das pessoas e o seu envolvimento no comportamento de saúde ou no comportamento de adesão, desejado;
- As pessoas comprometem-se mais facilmente com comportamentos dos quais preveem benefícios;
- As barreiras ou obstáculos percebidos, dificultam todo o processo que conduz ao comportamento desejado;
- A auto-eficácia percebida, aumenta a probabilidade de compromisso com um plano de ação e com a adoção do comportamento;

- Quanto maior a auto-eficácia, menos barreiras percebidas e maior probabilidade de adotar o comportamento desejado;
- Emoções positivas associadas a determinado comportamento, aumentam a autoeficácia que por sua vez vai aumentar ainda mais a apresentação positiva, a probabilidade de compromisso com um comportamento de promoção da saúde e de implementação do mesmo;
- as pessoas comprometem-se e adotam comportamentos de promoção da saúde, onde mais facilmente se observam esse comportamento, nas pessoas que lhe são significativas e se estas o esperam de si e lhe prestam a ajuda e apoio necessários;
- a família, o grupo de pares, os prestadores de cuidados de saúde e o contexto, podem influenciar positivamente ou negativamente a adoção de comportamentos de promoção de saúde;
- Quanto maior o compromisso da pessoa com determinado comportamento, maior a probabilidade de o manter ao longo do tempo;
- quando as exigências de competição, sobre as quais a pessoa tem pouco controlo exigem atenção imediata, é menos provável que o compromisso com um plano de ação resulte no comportamento desejado, o mesmo se passando quando outras ações são mais atraentes e portanto preferidas à adoção do comportamento desejado;
- As pessoas podem alterar, o conhecimento, a apresentação e o contexto (ambiente físico e interpessoal), para criar incentivos à adoção de comportamentos de promoção da saúde.

3. METODOLOGIA - PLANEAMENTO EM SAÚDE

A OMS refere que o planeamento da saúde, “oferece aos países um meio útil e prático não só de exprimirem as suas políticas e objetivos de saúde, mas também de os utilizarem numa ação correta de desenvolvimento no domínio da saúde”. (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 23)

Assim o planeamento em saúde é definido como “ a racionalização do uso de recursos com vista a atingir objetivos fixados, em ordem à redução de problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários setores económicos” (Imperatori & Giraldes ,1993, p. 23).

As intervenções na comunidade têm múltiplas vantagens. Para além da capacidade de promoverem alterações na população, focam-se em grupos de alto risco e em grandes comunidades que representam ainda importantes fontes de informação para o desenvolvimento de novas políticas de saúde (Pender, Murdaught e Parsons, 2011).

Este projeto de Intervenção de Enfermagem Comunitária é sustentado pela metodologia do Planeamento em Saúde de Imperatori e Giraldes (1993).

O decorrer deste projeto está explícito num cronograma de atividades que se encontra em Apêndice 1.

3.1. Diagnóstico de Situação de Saúde

O diagnóstico de situação de saúde, é a primeira fase do processo de planeamento em saúde que deve ser sucinto, claro e ter como principais características o ser suficientemente alargado aos setores económicos e sociais, por forma a permitir identificar os principais problemas de saúde e respetivos fatores condicionantes e profundo para explicar as causas desses problemas. (Imperatori e Giraldes, 1993)

Esta fase permite a identificação dos principais problemas ou necessidades de saúde da população, prevê a existência de conhecimentos teóricos de promoção de saúde, pesquisa em diferentes campos de atuação, disponibilidade de aplicar instrumentos de colheita de dados e por fim ,

descodificar todos os seus resultados obtidos para posteriormente atuar.(Imperatori e Giraldes, 1993; Tavares, 1990)

3.1.1 Contextualização do local de estágio

Comparada com o Continente e a Região de Lisboa e Vale do Tejo, verifica-se no concelho de Lisboa um índice de envelhecimento elevado, superior aos restantes concelhos da Grande Lisboa, representando a população com mais de 64 anos, cerca de 24% da população. Encontramos assim na cidade, cerca de 186 idosos por cada 100 jovens, e cerca de 3 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa. (ACSLC, 2013)

A Pirâmide Etária da Cidade, apresenta uma configuração envelhecida em comparação com a da região da Grande Lisboa, particularmente a partir do grupo etário dos 45-49 anos em que o predomínio do sexo feminino começa a ser mais acentuado, sendo a proporção da população feminina ligeiramente superior à da Grande Lisboa. (ACSLC, 2013)

Inversamente ao sucedido no Continente, a população da Cidade de Lisboa em 2011 diminuiu em relação a 2001, sendo de acordo com o ultimo censos de 547 733 habitantes. (ACSLC, 2013)

Ao considerarmos as áreas territoriais dos ACES, e sem prejuízo de características particulares localizadas, verifica-se que da zona norte para a zona ocidental o envelhecimento é mais marcado, atingindo o conjunto das Freguesias de Lisboa integradas no ACES Oeiras- Lisboa Ocidental 1, um índice de envelhecimento de 223. (ACSLC, 2013)

A densidade populacional no território do ACES Lisboa Central é de 6436 hab. / Km², superior à média da Grande Lisboa (= 1485), onde só a cidade da Amadora excede este valor com 7371 hab. /Km². (ACSLC, 2013)

Em conclusão, o ACES Lisboa Central insere-se no território urbano de uma velha capital.

Apresenta globalmente um índice de envelhecimento superior ao da cidade de Lisboa. Existem no seu território grandes assimetrias a que é necessário dar atenção pelas suas implicações no planeamento de saúde e de cuidados de saúde:

- São fragilidades desta população, o grande número de idosos, a baixa escolaridade, e o contexto migratório com um peso significativo de estrangeiros.

- Em simultâneo há que considerar o grande número de mulheres em idade fértil, particularmente nas freguesias mais populosas – Olivais e Marvila que correspondem a mais de 34% da população do ACES.

- Assim a acessibilidade e os cuidados antecipatórios na vertente materno-infantil, devem ter particular expressão nestas 2 freguesias tanto mais que é também aqui que a escolaridade é mais baixa. (ACSLC, 2013)

3.1.2 Caraterização da população-alvo

Relativamente à população alvo deste projeto, considera-se todos os indivíduos com diagnóstico de Tuberculose em regime de TOD em 7 unidades de saúde do ACES Lisboa Central. Tendo como critérios de Inclusão:

- Apresentar diagnóstico de Tuberculose;
- Em regime de TOD, independentemente da fase do tratamento;
- Pertencer às 7 Unidades do ACES Lisboa Central;
- Aceitar participar no projeto;

Os critérios de exclusão são: não aceitar participar neste projeto. Todos os utentes que concordarem participar neste projeto, terão de assinar a declaração de consentimento informado (Apêndice 2)

3.1.3. Instrumentos de colheita de dados

Dada a natureza da problemática em estudo, optou-se por utilizar principalmente instrumentos de recolha, de dados baseados na auto-avaliação e auto-relato dos vários aspetos da situação. A seleção adequada de um instrumento de recolha de dados é um processo fundamental que envolve um período de reflexão por parte do investigador, cabendo-lhe determinar o tipo de instrumento de medida que melhor convém, ao objetivo do estudo e às questões de investigação enunciadas. (Fortin, Grenier & Nadeau 2013)

Considerando a finalidade do projeto, elegeu-se como instrumento de recolha de dados o questionário o qual pode definir-se, “como a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas etc.” (Gil, 1999, p. 128).

O instrumento de colheita de dados utilizado é composto por três partes (Anexo 2). A primeira parte do questionário aborda questões descritivas e sócio-económicas (escala de Graffar), relacionadas com as características dos indivíduos inquiridos, bem como questões relacionadas com o contexto de tratamento.

A segunda parte contém o questionário do estado de Saúde SF-36, versão 2, este instrumento é validado para a população Portuguesa por Ferreira (2000 a, 2000 b), sendo as propriedades métricas desta versão, adequadas e semelhantes à versão original. Este questionário foi construído, para representar os oitos dos conceitos mais importantes em saúde agrupadas em duas componentes: componente mental e componente física. A função física, desempenho físico, dor física e saúde em geral, correspondem à componente física, a saúde mental, desempenho emocional, função social e vitalidade correspondem à componente mental, assim cada uma destas oito escalas ou dimensões fornece uma nota entre “0” e “100”, em que 100 expressa melhor percepção de saúde. (Ferreira, 2000a, 2000b)

Segundo os autores a Função Física é composta por 10 itens, medindo a limitação para a execução de atividades físicas desde as menos exigentes às mais extenuantes. Por sua vez, as dimensões Desempenho Físico (4 itens) e Desempenho Emocional (3 itens), medem limitações ao nível da saúde dos indivíduos em termos da execução de trabalho. A Dor Física (2 itens) engloba a intensidade da dor e o seu impacto nas atividades normais dos indivíduos. A Saúde em Geral (5 itens) procura avaliar a percepção geral da saúde, incluindo resistência à doença, aparência saudável e saúde atual. Já a Vitalidade (4 itens), engloba níveis de fadiga e de energia, captando as diferenças de bem-estar. A Função Social (2 itens), mede as relações interpessoais, através das atividades sociais e do seu impacto nos problemas emocionais e físicos. Por

último, a Saúde Mental (5 itens), mede ansiedade, depressão, bem-estar psicológico e perda de controlo. A resposta ao questionário, é ordinal e varia entre duas e seis alternativas. (Ferreira, 2000a, 2000b).

A terceira parte tem a ver com Módulo MTP-23 – Módulo Tuberculose Pulmonar, com 5 opções de resposta e 23 itens, especificamente criado para avaliar a qualidade de vida na TB, por Antas (2007), foca o grau de informação relativo à TP e respetivo tratamento (TB.12, com 3 itens); aspetos relativos ao tratamento ambulatorio - deslocação diária, medicação, longevidade do tratamento (TB.13, com 4 itens); efeitos colaterais da medicação (TB.14, com 9 itens) e alterações de hábitos de saúde dos doentes, devidas ao tratamento (TB.15, com 7 itens). (Antas, 2007)

3.1.4. Questões éticas

Qualquer investigação realizada ao ser humano, levanta questões morais e éticas. A ética coloca determinados problemas aos investigadores devido a exigências morais, que por vezes poderão entrar em conflito com o rigor do método científico da investigação. Segundo Polit e Hungler (1995), os pesquisadores “têm obrigação de aperfeiçoar o conhecimento, utilizando os procedimentos científicos com o maior rigor possível, embora devam também obedecer aos ditamos das regras éticas elaboradas para proteger os direitos dos sujeitos” (Polit & Hungler, 1995, p.294).

Também Fortin (1999), refere que“..., é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdade das pessoas que participam nas investigações” (Fortin, 1999, p. 116), pelo que foram criados os códigos de ética, para proteger os direitos dos indivíduos submetidos à investigação.

Deve-se ter em conta os cinco princípios determinados pelos códigos de ética, para que sejam protegidos os direitos das pessoas. Para a autora supracitada estes princípios são: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo, o direito a um tratamento justo e equitativo. (Fortin, 1999)

De acordo com os aspetos éticos da Ordem dos enfermeiros, que devem ser respeitadas num trabalho de investigação tive em consideração os seguintes aspetos: fornecer informação ao utente sobre o tema de estágio e quais os objetivos do projeto, garantir o anonimato e confidencialidade do sujeito e das informações obtidas, garantir que os resultados não serão associados ao utente, dar a conhecer os resultados do trabalho aos utentes, programar a colheita de dados de forma criteriosa no que diz respeito à hora, local e dia. (Fortin, 1999, p. 116-120).

Tendo em conta os princípios ético-deontológicos, que servem de base à investigação foi solicitado o pedido de autorização ao seu autor a aplicação da escala MTP-23 – Módulo Tuberculose Pulmonar (Apêndice 3), tendo sido autorizada a sua aplicação pela autora (Anexo 3). Efetuei também o pedido de aplicação Questionário de estado de saúde (SF-36v2) (Apêndice 4), sendo dada a autorização pelo autor para sua aplicação (Anexo 4). Foi solicitado um pedido inicial para realização do projeto de intervenção comunitária para 4 unidades de saúde, posteriormente extensão do pedido a mais 3 unidades de saúde ao diretor executivo de ACES Lisboa Central (Apêndice 5), sendo autorizado a sua execução em todas as unidades (Anexo 5).

3.1.5. Análise dos dados e principais resultados

Os dados foram analisados utilizando o programa estatístico SPSS versão 16, a uma amostra de 13 utentes.

Fazendo a análise da parte I do instrumento de colheita de dados (Apêndice 6), verifica-se que 69,2% são do sexo masculino e 30,8% do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 19 e 81 anos, não apresentando um grupo etário representativo, havendo só 2 pessoas com 48 anos de idade, 61,5% são solteiros, 15,4% casados, 15,4% divorciados e 7,7% viúvos.

Referente às habilitações académicas 7,7% são licenciados, 30,8% têm o ensino secundário, 23,1% o terceiro ciclo, 15,4% o segundo ciclo e 23,1% primeiro ciclo.

Relativamente a nível profissional as profissões estão agrupadas segundo o CPP/ 2010, sendo as mais representativas pertencentes ao grupo 5

polícias, grupo 9 cozinheiros e motoristas com 46,2%, 23,1% são desempregados, reformados com 15,4% e a classe média alta (grupos 1 e 2) representam 7,7%.

Em relação ao rendimento familiar 53,8% resultam de salários, remuneração por semana, horas e tarefas, 30,8% corresponde a um vencimento mensal fixo e 7,7 % que se refere a lucros de empresas e lugares bem remunerados e os outros 7,7 % à beneficência pública que sustenta a pessoa ou a família.

Quanto ao conforto da habitação, 30,8 % habitam em casa ou andares modestos, em bom estado de conservação, bem iluminados e arejados, com cozinha e casa de banho, 61,5% na categoria intermédia entre 3 e 5, e 7,7 % em alojamento impróprio para uma vida decente, barracas e excesso de lotação.

Quanto ao aspeto do bairro habitado 30,8 % vivem em bairro residencial bom, ruas largas e casas bem conservadas, 46,2% vivem em bairros com ruas comerciais, estreitas ou antigas, 23,1 % vive em bairros operários, populosos, mal arejados e próximo de fábricas .

O Tempo de deslocação dos utentes para irem às unidades de saúde realizar a TOD, observamos que 7,7 % demora 5 minutos, 46,2 % demora 10 minutos, 15,4% demora 15 minutos, 23,1% demora 20 minutos e 7,7% demora 30 minutos.

Todos os utentes (100%) fazem a TOD nos 7 Centros de Saúde no ACES Lisboa Central.

A nível de sofrerem de outra doença 46,2%, refere desconhecer outra doença e 53,8% refere que tem outras doenças associadas. As doenças mais destacadas foram a diabetes 23,1%, litíase vesicular e hipertensão 15,4%, HIV 7,7% e anemia 7,7%.

Em relação ao início do tratamento constata-se que 23,1% iniciou tratamento há 1 mês, 15,7% há 2 meses, 23,1% há 3 meses, 7,7% há 4 meses, 7,7% há 5 meses, 7,7% há 6 meses, 7,7% há 7 meses e 7,7% há 10 meses de tratamento.

Analisando a Parte II do instrumento de colheita de dados, o questionário de estado de Saúde SF-36 versão 2 (Apêndice 7), referente à

dimensão do desempenho físico apresenta uma média de 54,33, a dimensão da dor física tem uma média de 61,5, quanto à dimensão saúde em geral tem uma média de 61,77, dimensão vitalidade com média de 48,46, a dimensão função social com uma média de 66,33, a função desempenho emocional com uma média de 54,41, a dimensão saúde mental com uma média de 60,31 e a dimensão da função física uma média 70,77. Referente à componente física uma média de 47,92 e em relação à componente Mental tem uma média de 42,16. Assim podemos inferir que após a análise das dimensões e seguidamente das componentes física e mental os valores expressam medianamente o estado de saúde e a sua qualidade de vida.

Analisando a parte III do instrumento de recolha de dados, a escala MTB 23 (Apêndice 8), referente ao estar informado em relação à doença Tuberculose, 30,8% diz ser absolutamente verdade, 61,5% refere ser verdade e 7,7% refere não estar informado.

Quanto ao estar informado em relação ao tratamento, 15,4% diz ser absolutamente verdade, 61,5% diz ser verdade e 7,7 diz não estar informado.

Relativamente ao ter medo de contagiar as outras pessoas, 46,2% diz ser absolutamente verdade, 30,8% diz ser verdade e 23,1% diz ser absolutamente falso, ou seja, não teve medo de contagiar outras pessoas.

Em relação ao sair de casa todos os dias para tomar a medicação, 7,7% diz que é sempre um incómodo, 23,1% diz que é a maior parte do tempo um incómodo, 23,1% diz que algum tempo é incómodo, 15,4% é pouco tempo de incómodo e 30,8% diz nunca ser incómodo.

Analisando que tomar uma grande dose diária de comprimidos, 7,7% diz ser sempre um incómodo, 38,5% a maior parte do tempo é incómodo, 15,4% algum tempo é incómodo, 7,7% pouco tempo é incómodo e 30,8% diz nunca ser incómodo.

Em relação a ter de cumprir um tratamento longo 23,1% diz ser sempre incómodo, 23,1% diz ser a maior parte do tempo incómodo, 15,4% algum tempo é incómodo e 30,8 diz nunca ser incómodo.

Os utentes que dizem não ser incómodo engolir os comprimidos são 61,5% dos utentes, 23,1% diz ser pouco tempo incómodo, 7,7% a maior parte do tempo é incomodo e 7,7% é sempre incómodo.

Em relação aos efeitos secundários da medicação, os que são mais frequentes e evidenciados na análise da escala, são a sonolência com 30,8% em que o utente apresenta a maior parte do tempo, dores musculares 30,8% a maior parte do tempo, alterações de humor 23,1 % apresenta algum tempo, diminuição do desejo sexual 23,1% refere apresentar por pouco tempo, problemas gastrointestinais 15,4% apresenta algum tempo e 15,4% diz apresentar pouco tempo, náuseas e vômitos 38,5% diz ter apresentado por pouco tempo, comichão por todo o corpo 15,4% referem algum tempo, vermelhidão na pele 7,7% diz ter tido a maior parte do tempo e 7,7% algum tempo, 7,7% diz ter tido sempre alopecia e 7,7% diz ter tido sempre amnésia recente.

Em relação aos seus hábitos de saúde, referencio os que se destacam mais sendo que 53,8% diz ser verdade que come de forma mais equilibrada, 23,1% diz ser absolutamente verdade que come de forma mais equilibrada, 7,7 % não sabe se come da forma mais equilibrada e 15,5% diz não comer de forma mais equilibrada, também 15,4% diz ser absolutamente verdade descansar mais e 61,5% diz ser verdade descansar mais. Em relação ao tabaco 38,5% refere ser absolutamente verdade consumir menos, tal como o álcool 61,7% e outras drogas 53,8%. Em relação ao exercício só 23,1% fazem mais exercício, 30,8% dizem ser falso fazer exercício e 38,5% absolutamente falso fazer mais exercício. Também 46,2% dizem ser verdade realizarem mais atividades lúdicas e 23,1% diz que é absolutamente verdade realizarem mais atividade lúdicas.

3.1.6 Identificação de problemas e formulação dos diagnósticos de enfermagem

Após a análise dos resultados e tendo como guia orientador o Modelo de Promoção de saúde de Nola Pender, destacam-se os seguintes problemas de saúde segundo as dimensões do questionário:

- Conhecimento diminuído sobre a doença em 69,2% dos utentes;
- Conhecimento diminuído sobre o tratamento da tuberculose em 84,6% dos utentes;

- Conhecimento diminuído sobre a transmissão da tuberculose em 77% dos utentes.

Após a identificação dos problemas de saúde da população, formulou-se os seguintes diagnósticos de enfermagem, utilizando a taxonomia da CIPE® Versão 2 (2011):

- Conhecimento diminuído sobre a doença;
- Conhecimento diminuído sobre o tratamento da tuberculose;
- Conhecimento diminuído sobre a transmissão da tuberculose.

3.2 Definição de prioridades

A definição de prioridades é a segunda etapa do planeamento em saúde, sendo considerado um processo de tomada de decisão (Tavares, 1990), e é condicionada pela anterior o diagnóstico de situação e determinará a seguinte, a etapa de fixação de objetivos. (Imperatori & Giraldes, 1993)

A determinação de prioridades foi realizada através do método de comparação por pares, uma vez que o número de problemas encontrados na população é pequeno. (Imperatori & Giraldes, 1993) Foram considerados como critérios para a comparação de diagnósticos a importância dada ao problema pelos peritos, os recursos necessários, o tempo de exequibilidade das atividades e a gravidade do problema face à sua influência, englobando-se no método de priorização os três diagnósticos de enfermagem detetados que se encontram na seguinte tabela.

Quadro nº 3 - Definição de prioridades dos diagnósticos de enfermagem

Problem	Comparação por pares de problemas	Valor final	Ordenação final
P1 - Conhecimento diminuído sobre a doença	P1 P1 P2 P3	0	3
P2 - Conhecimento diminuído sobre o tratamento da tuberculose	P2 P2 P1 P3	2	1
P3- Conhecimento diminuído sobre a transmissão da tuberculose	P3 P31 P1 P2	1	2

De acordo com o modelo teórico aplicado e mediante a avaliação dos peritos, foram priorizados os seguintes diagnósticos de enfermagem para serem alvo de intervenção:

- 1- Conhecimento diminuído sobre o tratamento da tuberculose;
- 2- Conhecimento diminuído sobre a transmissão da tuberculose;
- 3- Conhecimento diminuído sobre a doença.

Após a priorização dos diagnósticos de enfermagem, foi decidido com as equipas das sete unidades de saúde abrangidas por este projeto e os peritos, que intervenção incidia em todos eles, sendo uma mais valia para todos os utentes em tratamento.

3.3 Fixação de objetivos

A seguinte etapa da metodologia do planeamento, é a fixação de objetivos que é essencial dado que “apenas mediante uma correta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa” (Imperatori & Giraldes, 1993).

Tendo em conta os diagnósticos de enfermagem priorizados, foi estabelecido o seguinte **objetivo geral**:

- Capacitar os utentes com diagnóstico de tuberculose em regime de TOD para a gestão ao tratamento.

Objetivos específicos:

- Adquirir conhecimentos sobre tuberculose;
- Adquirir conhecimentos sobre tratamento da tuberculose;
- Adquirir conhecimentos sobre transmissão da tuberculose;
- Contribuir para o aumento do conhecimento dos enfermeiros sobre tuberculose.

Objetivos Operacionais

- Obter 90% de adesão dos participantes, às 3 sessões educativas individualizadas até Fevereiro de 2015;

- Obter 90% de adesão dos enfermeiros, à formação em serviço até Fevereiro de 2015;
- Obter 100% de entrega de flyers a todos os utentes participantes.

De forma a podermos tirar conclusões entre os objetivos propostos e as atividades realizadas consideramos os seguintes tipos de indicadores:

Indicadores de atividade

- $(\text{N}^\circ \text{ Sessões educativas realizadas} / \text{N}^\circ \text{ sessões educativas previstas}) \times 100\%$
- $(\text{N}^\circ \text{ total de participantes nas sessões educativas realizadas} / \text{N}^\circ \text{ total de participantes sessões educativas previstas}) \times 100\%$
- $(\text{N}^\circ \text{ Flyers distribuídos} / \text{N}^\circ \text{ Sessões educativas realizadas}) \times 100\%$
- $(\text{N}^\circ \text{ Sessões de formação em serviço realizadas} / \text{N}^\circ \text{ de formação em serviço previstas}) \times 100\%$
- $(\text{N}^\circ \text{ total de participantes nas sessões de formação em serviço realizadas} / \text{N}^\circ \text{ total de participantes sessões de formação em serviço previstas}) \times 100\%$

Indicadores de resultado

- N° total de utentes com Tuberculose em regime de TOD aumente o conhecimento em relação à doença de 30,8 % para 90%;
- N° total de utentes com Tuberculose em regime de TOD aumente o conhecimento sobre o tratamento de 15,4 % para 90%;
- N° total de utentes com Tuberculose em regime de TOD aumente o conhecimento em relação ao contágio da doença de 23,1 % para 90%.
- N° total de enfermeiros aumente o seu conhecimento sobre a temática tuberculose para 90%

3.4 Seleção de estratégias

A seleção de estratégias constitui “o processo mais adequado para reduzir os problemas prioritários de saúde prioritários (...) que permitam alcançar os objetivos fixados e inflectir a tendência de evolução natural dos

problemas” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.87), para os mesmos autores estratégia de saúde é “ como o conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.87). Assim considera-se as seguintes fases de elaboração das estratégias de saúde:

Estabelecer os critérios de concepção das estratégias; enumerar as modificações necessárias; esboçar estratégias potenciais; escolher as estratégias mais realizáveis; descrever de forma detalhada as estratégias escolhidas; avaliar a adequação dos recursos futuros; rever estratégias e os objetivos (se necessário). (Imperatori & Giraldes, 1993, p.87).

Segundo Imperatori & Giraldes(1993), é nesta fase que são implementadas as atividades e a forma como se podem executar. A etapa da seleção de estratégias é uma das etapas mais importantes, visto que se prende com a adequação de métodos para reduzir os problemas detetados nas etapas anteriores. (Imperatori & Giraldes, 1993)

Estratégia de saúde é assim considerada “*um conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde*”. (Imperatori & Giraldes, 1993)

Segundo o modelo teórico de Nola Pender (1996), o referencial norteador deste projeto de intervenção comunitária tendo sempre presente as características e experiências individuais, que afetam as ações de promoção de saúde futuras assim “ênfatisa o papel ativo do doente na gestão dos comportamentos de saúde” (Pender, 1996, p.705), tendo sempre presente o as diferentes características dos utentes que interagem com o meio ambiente enquanto procuram comportamentos de saúde.

Redman (2003), refere que a educação para a saúde é uma parte crucial da prestação de cuidados por parte dos profissionais de saúde. Os enfermeiros estão na linha da frente para proporcionarem informação e ajudar a capacitar os doentes na gestão da sua saúde, prevenindo a doença, identificando precocemente e tratando os problemas de saúde. (Onega & Devers, 2011). A aprendizagem “realça o recetor do conhecimento e das competências e resulta na modificação do comportamento”, ou seja, em qualquer processo de

aprendizagem deve ter-se em conta “os domínios de aprendizagem: cognitivo (pensar), afetivo (sentir) e psicomotor (agir)” (Onega & Devers, 2011, p.306).

Também no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, o enfermeiro especialista na procura permanente da excelência no exercício profissional, como agente de educação para a saúde nos grupos e comunidades a alcançarem o máximo potencial de saúde, prevenindo complicações para a saúde promovendo estilos de vida saudáveis, assim a educação para a saúde inclui oportunidades de aprendizagem criadas conscientemente, que supõe uma forma de comunicação concebida para melhorar a literacia em saúde incluindo melhorar o conhecimento da população, em relação à saúde e ao desenvolvimento de habilidades pessoais que levam à saúde individual e da comunidade (OE, 2011)

Neste capítulo as estratégias delineadas, pretendem atingir os objetivos delineados anteriormente. Estas foram desenvolvidas tendo presente as características da população alvo, nomeadamente utentes com diagnóstico de tuberculose em tratamento em regime de TOD. Para a implementação das estratégias de acordo com o previsto, no planeamento em saúde foi relevante reuniões com o meu orientador de estágio e coordenadores das unidades de saúde abrangidas, para o processo de capacitação face à gestão terapêutica. Para além disso o tempo despendido e os recursos materiais a utilizar também foram debatidos, realização de flyers informativos, pósters informativos, as sessões educativas individualizadas e sessões de formação serviço em cada unidade de saúde. Os custos existentes para a implementação das estratégias, foram irrelevantes não sendo necessário mencioná-los. Relativamente à equipa de enfermagem, a estratégia delineada foi a formação em serviço aplicando um questionário (Apêndice 9) para a identificação das necessidades formativas. Apesar dos resultados obtidos todas as equipas de enfermagem, das sete unidades de saúde, sugeriram que todas as temáticas fossem abordadas (Apêndice 10). Posteriormente procedemos à avaliação das necessidades formativas, aplicando o mesmo instrumento (Apêndice 11) no início e no final da sessão de formação em serviço para se avaliar a aquisição de conhecimentos.

As atividades desenvolvidas neste projeto foram as seguintes:

- Acompanhamento diário dos utentes com tuberculose em regime de TOD;
- Realização de TOD a todos os utentes;
- Preparação da medicação antibacilar;
- Encaminhamento do utente para outra unidade sempre que necessário;
- Realização de 3 sessões educativas individualizadas a todos os utentes em regime de TOD , realizando um plano da sessão (Apêndice 13 e 14);
- Realização de um Flyer, “Tuberculose o que deve saber”, para os utentes em regime de TOD, aquando de uma sessão educativa individualizada (Apêndice15);
- Realização de um Flyer, “Tuberculose o que deve saber”, para a população em geral, disponibilizado na sala de espera (Apêndice16);
- Realização de um Póster intitulado “Tuberculose” para a população em geral, afixado na sala de espera(Apêndice17);
- Realização de 2 Pósters intitulados “Tuberculose” dirigidos à equipe de enfermagem e afixados na sala de trabalho (Apêndice18);
- Realização de formação em serviço em cada uma das 7 unidades de saúde, sendo planificada(Apêndice1);

As intervenções dirigidas aos utentes não só abrangeram os que estavam em regime de TOD, e que participaram no diagnóstico de saúde, mas também todos (5 utentes) os que iniciaram o tratamento após a realização do diagnóstico.

Apresento de seguida o plano de estratégias desenvolvidas em Apêndice 12.

3.5 Avaliação

A avaliação é a última etapa deste processo de planeamento em saúde. É fundamental para certificar-se que as estratégias implementadas foram adequadas para a concretização dos objetivos traçados. A avaliação “é determinar o grau de sucesso na consecução de um objetivo, mediante a elaboração de um julgamento baseado em critérios e normas” (Tavares, 1990, p.205)

“Avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar”. (Imperatori & Giraldes 1993, p.173) Esta é a ultima fase da metodologia do planeamento em saúde, tendo com propósito “melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos a partir das informações dadas pela experiência, e não só justificar atividades já realizadas ou identificar insuficiências” (Imperatori & Giraldes 1993, p.174).

A avaliação deve ser um processo continuo de determinada estratégia, face a um objetivo delineado e o tempo deve ser também adequado, houve uma avaliação no decorrer dos meses que se seguiram à realização do diagnóstico de situação. No entanto esta avaliação beneficiaria se fosse continua, de forma a perceber-se os ganhos efetivos em saúde pois tal como Imperatori & Giraldes (1993) referem, não existe momento certo nem tempo definido para a realização da etapa da avaliação, podendo esta ser a curto, médio ou a longo prazo de acordo com os objetivos a atingir.

As intervenções realizadas foram avaliadas analisando os dados retirados do Apêndice 21 e 22.

Analisando o questionário do estado de Saúde SF-36, versão 2, referente à dimensão do desempenho físico apresenta uma média de 86,15, a dimensão de dor física tem uma média de 83,17, quanto á dimensão saúde em geral 80,54 , a dimensão da vitalidade tem uma média de 71,31, a dimensão da função social 59,63, a dimensão da função desempenho emocional tem uma média de 83,65, a dimensão de saúde mental de 85,26 e a dimensão da função física tem uma média de 64,92. Referente à componente física tem uma média de 55,93 e em relação à componente Mental tem uma média de 46,88. Assim podemos concluir que com o decorrer do tratamento, a promoção da saúde e a capacitação das pessoas, como diz Nola Pender influencia positivamente a sua saúde e a sua qualidade de vida, neste caso comparando o final da intervenção com a fase de diagnóstico de situação.

Assim os indicadores delineados no decorrer da implementação do projeto foram:

Indicadores de atividade

- (Nº Sessões educativas realizadas/ Nº sessões educativas previstas) × 100%

Avaliando este indicador pode-se perceber que as metas foram atingidas, visto estarem previstas 39 sessões de educação individualizadas, 3 sessões a cada utente, sendo todas realizadas assim este indicador tem uma avaliação de 100%.

- (Nº total de participantes nas sessões educativas realizadas/ Nº total de participantes sessões educativas previstas) × 100%

Relativamente à adesão de participação das sessões educativas individualizadas, foi uma adesão de 100%, ou seja todos os utentes foram assíduas a todas as sessões individualizadas.

- (Nº Flyers distribuídos/Nº Sessões educativas realizadas) × 100%

Foi distribuído um Flyer a cada utente numa das sessões educativas individualizadas correspondendo à meta prevista (1 Flyer/utente), tendo assim uma avaliação de 100% este indicador.

- (Nº Sessões de formação em serviço realizadas/ Nº de formação em serviço previstas) × 100%

No que se refere a este indicador o número de sessões de formação em serviço previstas, corresponde ao numero de sessões de formação em serviço efetuadas, concluindo uma avaliação de 100%.

- (Nº total de participantes nas sessões de formação em serviço realizadas/ Nº total de participantes sessões de formação em serviço previstas) × 100%

O numero total de enfermeiros nas 7 unidades de saúde é de 55 elementos, mas, no entanto, ocorreram 9 faltas justificadas, 5 elementos faltaram por licença de férias e 4 elementos por estarem em formação externa, o que concluímos que só participaram 46 elementos que corresponde a 83,

63% de adesão à formação em serviço sendo essas faltas justificadas, poderíamos considerar uma adesão de 100%.

Indicadores de resultado

- Nº total de utentes com Tuberculose em regime de TOD aumente o conhecimento em relação à doença de 30,8 % para 90%;

Na fase de diagnóstico só 30,8% dos utentes apresentam conhecimento total sobre a doença, após as 3 sessões individualizadas com cada utente e feita nova aplicação do instrumento de colheita de dados, na ultima sessão educativa individualizada, verificou-se que os utentes aumentaram o seu conhecimento sobre a doença para 100%, ultrapassando a meta proposta que era de 90%.

- Nº total de utentes com Tuberculose em regime de TOD aumente o conhecimento sobre o tratamento de 15,4 % para 90%;

Neste indicador verifica-se que 15,4% dos utentes estavam informados em relação ao tratamento, após as 3 sessões individualizadas com cada utente e avaliação dos conhecimentos adquiridos, verificou-se que aumentaram o seu conhecimento sobre o tratamento da doença ultrapassando a meta proposta de 90% para 100%.

- Nº total de utentes com Tuberculose em regime de TOD aumente o conhecimento em relação ao contágio da doença de 23,1 % para 90%.

Em relação ao conhecimento sobre o contágio da doença, verifica-se que antes das 3 sessões individualizadas só 23,1% não tinham medo de contagiar as outras pessoas, posteriormente ao fim da intervenção adquiriram o conhecimento sobre o contágio da doença que verificou um aumento de conhecimento para 100% dos 90% propostos.

- Nº total de enfermeiros aumente o seu conhecimento sobre a temática tuberculose para 90%

Após a avaliação deste indicador, verifica-se que no início da sessão os enfermeiros responderam acertadamente entre a 11% e 78% nas 15 questões do questionário e no final responderam acertadamente entre 89% e 100%, o que podemos considerar que a aquisição de conhecimento aumentou, não superando na totalidade a meta prevista.

4. LIMITAÇÕES DO PROJETO

Relativamente às limitações de implementação do projeto há de realçar alguns fatores que influenciaram a sua execução e conclusão. Esta longa caminhada nem sempre foi fácil de percorrer, foi um período de avanços e recuos, foram experiências únicas, um trabalho árduo, que facilitou um pensamento crítico e a análise das nossas práticas de cuidados levando a aquisição de competências.

A falta de experiência na metodologia do processo de planeamento em saúde e nos cuidados de saúde primários, foi um dos fatores condicionantes de toda a intervenção comunitária.

O tratamento dos dados e análise dos resultados na fase de diagnóstico de situação, avaliação e interpretação dos resultados constitui uma grande dificuldade gerando muitos momentos de angustia e ansiedade.

A realização da intervenção comunitária exigiu um esforço acrescido para concretizar todas as atividades programadas realizadas nas diferentes unidades de saúde.

Ter uma amostra apenas constituídas por 13 utentes, foi uma limitação, pois na fase de planeamento do projeto de intervenção, a população em regime de TOD era de 21 utentes, em 4 unidades, contudo, quando iniciámos o diagnóstico apenas existiam 7 utentes, em tratamento, porque, houve utente que tiveram alta do tratamento e outros que foram transferidos para outras unidades de saúde. Daí resultou a necessidade de se proceder a um novo pedido dirigido à direção do ACES para intervir em mais 3 unidades de saúde, que foram selecionadas, não só, pelo maior número de utentes em tratamento, mas também pela proximidade geográfica, o que constituiu um fator facilitador.

A deslocação e articulação entre as sete unidades para a realização da minha intervenção em todas as fases do planeamento, dificultou a organização do mesmo, mas também me facilitou o enriquecimento de experiências nas diferentes unidades.

5. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Ao finalizar este projeto torna-se imperioso fazer uma reflexão crítica sobre a aquisição de competências de enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, durante o decorrer do estágio nas sete unidades do ACES Lisboa Central. De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem comunitária e de saúde pública, o enfermeiro especialista nesta área tem como base de atuação, a educação para a saúde e promoção de estilos de vida saudáveis e assim capacitando o indivíduo, grupos e comunidade. (OE, 2010)

A prevenção da doença e promoção da saúde assume um papel preponderante nos cuidados de saúde primários, sendo fundamental a informação e intervenção dos enfermeiros desenvolvendo uma abordagem inovadora, dinâmica, criativa e acima de tudo educacional. OE, 2010)

Também o Regulamento das competências Comuns do Enfermeiro especialista (OE,2010) os enfermeiros devem desenvolver competências comuns independentemente da sua área de especialidade, dividindo-se em quatro domínios que são a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e desenvolvimento de aprendizagens profissionais.

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), o Enfermeiro Especialista, segundo o Dec. Lei nº104/98, de Abril, artigo 4º do capítulo II:

“O enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”.

No desenvolvimento deste projeto de intervenção comunitária, foi um desafio fundamental para consolidar conhecimentos e adquirir competências na área da enfermagem comunitária, nomeadamente a nível da intervenção comunitária com um grande benefício para quem dele participou, transportando para a prática de cuidados a evidência demonstrada. A aplicação da

metodologia do processo de planeamento em saúde, através do qual foi possível fazer diagnóstico de situação do estado da saúde de uma população e mobilizando como referencial teórico o modelo de promoção de saúde de Nola pender.

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (OE, 2010), nomeadamente a avaliar o estado de saúde de uma comunidade de acordo com a metodologia do planeamento em saúde através da realização de projetos de intervenção comunitária, ou seja: proceder à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade, estabelecer as prioridades em saúde de uma comunidade, formular objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidos, estabelecer programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados e avaliar programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.

Durante este projeto de intervenção comunitária penso ter atingido os objetivos propostos, adquirindo a maior parte das competências delineadas, sendo a experiência profissional fundamental para tal concretização. Comparando o presente domínio de competências na área da enfermagem comunitária e as necessárias para atingir o nível de especialista e de acordo com o Modelo de Aquisição de Competências de Dreyfus adoptado por Benner (2001) considera que se encontra na fase de iniciada.

É notável o longo caminho que se tem a percorrer pois apesar da intensidade com que foi desenvolvido o projeto de intervenção comunitária, o tempo de estágio foi escasso deixando ainda muito para fazer. A continuidade do desenvolvimento das competências referidas e a aquisição de novas tornam-se fundamentais para a melhoria dos cuidados de saúde na comunidade, levando o enfermeiro especialista a atingir a fase de perito, de acordo com a autora mencionada. (Benner, 2001)

Os conhecimentos e as competências adquiridas com a realização deste projeto de desenvolvimento comunitária, revelaram-se uma mais valia para a garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem e dos ganhos em saúde desta população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem de saúde comunitária tem como foco central de cuidados do indivíduos, família, grupos e comunidades exigindo por parte dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Comunitária uma visão abrangente, global e holística. É perentório desenvolver intervenções dirigidas à capacitação dos indivíduos para sua autonomia no autocuidado, pois como nos diz Honoré (2002, p.85) "a ação de saúde como intervenção (...) consiste em desenvolver a observação do estado de saúde da população, em organizar ações de prevenção e de informação ao público, em matéria de saúde".

É de grande importância o desenvolvimento deste tipo de projetos de saúde utilizando o processo de metodologia de planejamento em saúde. O desenvolvimento deste projeto de intervenção comunitária, foi gratificante exigindo de mim um grande esforço e dedicação, realizando uma pesquisa exaustiva sobre a temática da Tuberculose e aprofundamento de conhecimento nesta área.

A adesão ao regime terapêutico é um foco de atenção na prestação de cuidados de saúde por parte dos enfermeiros. Perante uma situação de doença, a pessoa é confrontada com inúmeros desafios que exigem de si uma grande capacidade de adaptação, de mobilização de alguns recursos, nomeadamente a capacidade para de auto cuidar o que corresponde à gestão do regime terapêutico.

Nesta perspetiva a adesão implica um papel ativo da pessoa no planejamento e implementação do seu regime terapêutico, tendo em conta a sua capacidade de tomar decisões e assumir as suas responsabilidades para sua capacitação. É de extrema relevância a importância da relação entre os utentes e os profissionais de saúde nomeadamente os enfermeiros, pois a compreensão empática, o respeito, a autenticidade, são pilares da relação de ajuda que se estabelece. O enfermeiro especialista nesta área tem a competência de compreender os processos de sofrimento e todas as alterações que possam ocorrer durante o tratamento, assim como as implicações desta situação na sua vida diária.

Foram desenvolvidas algumas intervenções terapêuticas, possibilitando o utente a reconhecer a capacidade e habilidade para lidar com a situação de doença, nomeadamente as sessões de educação para a saúde foram realizadas com o objetivo de transmitir conhecimentos aos participantes e que o possam tornar num colaborador ativo, aliado aos enfermeiros para que o processo terapêutico seja mais efetivo.

Pela pertinência da temática e dos resultados das intervenções, foi solicitada a formação em serviço (3 sessões), dirigida a todos os profissionais de enfermagem que não pertenciam às unidades de saúde onde o projeto foi realizado. Assim, a equipe de enfermagem do ACES teve oportunidade de clarificar e consolidar conhecimentos sobre a temática.

A melhoria da educação para a saúde, passa pela adaptação dos profissionais de saúde, à literacia em saúde do utente com Tuberculose em tratamento em regime de TOD. Esta deve ser encarada com um *deficit* que pode diminuir a capacidade de se alcançar os resultados pretendidos e os ganhos em saúde, ou seja deve ser encarada como um indicador essencial para a promoção da saúde (Ferreira & Santos, 2014)

Desta forma, se os cuidados de enfermagem comunitária se alicerçarem neste tipo de estratégias de saúde, os resultados irão traduzir um possível aumento de ganhos em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Central. (2013). *Perfil de Saúde*

Amendoeira, J. (2006). *Fontes e uso do conhecimento em enfermagem. A cooperação como estratégia*. CID. Universidade de Aveiro

Antas, A. S. C. C. F. (2007). *Qualidade de Vida de Indivíduos com Tuberculose Pulmonar em Tratamento Ambulatório*. Porto: Universidade Fernando Pessoa

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

CIPE* Versão 2 (2014) - *CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM - do original «ICNP* Version 2 – INTERNACIONAL CLASSIFICATION FOR NURSING PRATICE»* (2011). ISBN:978-92-95094-35-2. Lusodidata.

DGS (2006). Tratamento da Tuberculose. Linhas Orientadoras para Programas Nacionais. Direção Geral de Saúde

DGS (2013). Programa Nacional para a Tuberculose - Manual de Boas Práticas de Enfermagem em Tuberculose. Direção geral de saúde

DGS (2013). *Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose - Manual de Boas Práticas de Enfermagem em Tuberculose*. Acedido a 01.11.15. Disponível em: <http://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/tuberculose1/recomendacoes.aspx>

DGS (2013a). Planeamento do Rastreio de Contactos de Doentes com Tuberculose. Acedido a 03.07.15. Disponível em : <http://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/tuberculose1/recomendacoes.aspx>

DGS (2013b). *Portugal Infecção VIH/SIDA e Tuberculose em números - 2013 - Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA*. Direção geral de Saúde

DGS (2014). *Portugal Infecção VIH, Sida e tuberculose em números 2014- Programa nacional para infecção VIH/Sida*. Direção Geral de Saúde

Duarte, D., Carvalho, A., Ferreira, D., Saleiro, S., Lima, R., Mota, M. ... Correia, A. (2010). *Abordagem terapêutica da tuberculose e resolução de alguns problemas associados à medicação*. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, XVI (4), 559-572

ECDE (2014). European centre for Disease Prevention and control – *Factsheet for professionals*. Acedido 15.01.16. Disponível em: <http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Tuberculosis/Pages/factsheet.aspx?preview=yes&pdf=yes>

Ferreira, P. L. (2000 a). *Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I – Adaptação cultural e linguística*. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 55-63.

Ferreira, P. L. (2000 b) *Criação da versão portuguesa do MOS SF 36. Parte II - Testes de validação*. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 119-127.

Ferreira, P. & Santos, O. (2014). *Literacia funcional e conhecimentos em saúde: prevalência e associações*. Congresso Internacional de informação em saúde: livro de resumos. Porto.

Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: Da concepção á realização*. Loures: Lusociência: Edições Técnicas e Científicas Lda. ISBN 972-8383-10-X

Fortin, M.F., Grenier, R., & Nadeau, M. (2003). *Métodos de colheita de dados*. In M-F. Fortin, *O processo de investigação: Da concepção à realização* (Cap. 17, p. 239-265). Loures: Lusociência.

Gil, A. C. (1999). *Métodos de pesquisa social* (5ª ed.). São Paulo: Atlas.

Hororé, B. (2002). *A saúde em projeto*. Loures: Lusociência

Imperatori, E., Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do planeamento em saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa:Escola Nacional de saúde pública.

Internacional Council of Nurses (2002). *Classificação internacional para a prática de enfermagem - Versão Beta 2*(1ª ed.) Genebra: Internacional Council of Nurses, NUTBEAM, D. HEALTH(1998) – Promocion Internationals.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem Comunitária e de saúde pública*. Acedido em 20-01-2015. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt

Ordem dos enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados Especializados em enfermagem Comunitária e de saúde pública*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2012). *REPE e estatuto da ordem dos Enfermeiros*. Adaptação e revisão. Tadinense - Artes Gráficas

WHO (1978). *Declaração de Alma – Ata*. Alma-Ata. Organização mundial de saúde

WHO(1986). A promoção da saúde. A carta de Ottawa: Organização mundial de saúde

WHO (2006). *The Stop TB Strategy Building on and enhancing DOTS to meet the TB-related Millennium Development Goals*. Acedido a 10.010.15. Disponível em : <http://www.who.int/tb/strategy/en/>

WHO (2010). Special report Progressing toWards TB elimination A fallow-uo to theframework action plan to fight Tuberculosis in The European Union.

WHO (2014). *DOTS expansion*. Acedido a 15.02.16. Disponível em: <http://www.who.int/tb/dots/en/>

WHO (2015), Global tuberculosis report 2015.acedido em 02.02.2016. Disponível em: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/

WHO (2015 b). Tuberculose Ficha nº104. Acedido em 05.12.15. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/fatcsheets/fs104/en/>

Peixoto, I. (2013). Cuidados de saúde primários. Agora mais que nunca. Lisboa: Alto comissariado de saúde

Pender, N. J. (1996) *Modelo de Promoção de Saúde Revisto, Health promotion in nursing practice* (3 ed.). Stamford: Pearson Education.

Pender, N. J.; Murdaugh; C.; Parsons, M. (2011). *Health Promotion in nursing practice*. 5th ed. New Jersey: Pearson. ISBN: 0-13-119436-4

Polit, D. F., Hungler, B. P. (1995)- *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Portalegre. Brasil. Editora: Artes médicas Sul Lda. 3ª edição.

Redman, B. (2002). *A prática da educação para saúde*. 9ª ed, Loures: Lusociência

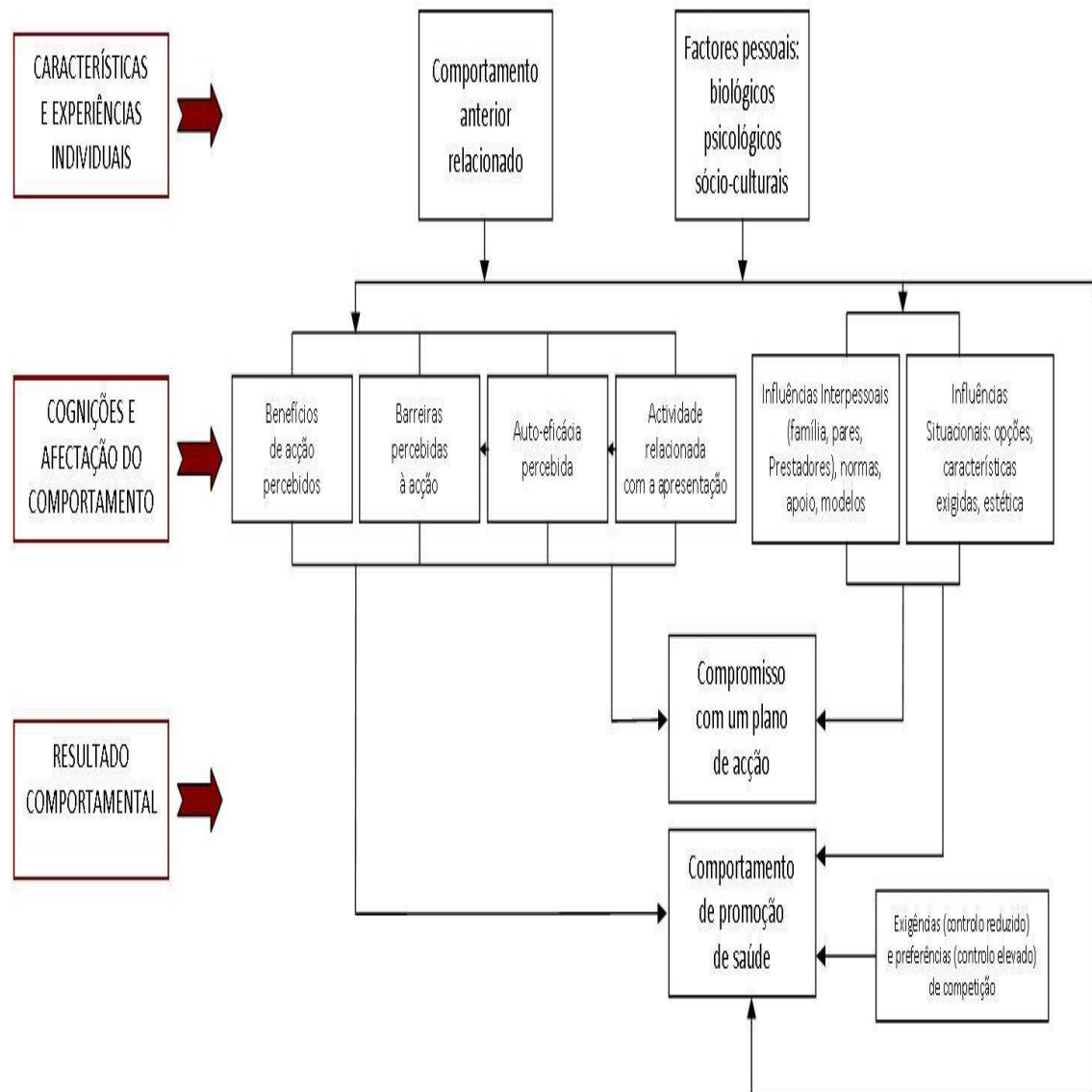
Rodrigues, F.F. Domingos (1999). *Tuberculose 25 perguntas frequentes de pneumologia*. Lisboa: SPP

Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde* (2ªed.). Ministério da Saúde: Departamento de Recursos Humanos da Saúde e Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.

ANEXOS

Anexo 1
Representação gráfica do modelo teórico de Nola Pender

Representação gráfica do modelo de promoção da saúde de Nola Pender



Fonte - Pender, N. J. (1996). Modelo de Promoção de Saúde Revisto, Health promotion in nursing practice (3 ed.). Stamford: Pearson Education.

Anexo 2
Instrumento de colheitas de dados

QUESTIONÁRIO

Parte I

1. **Sexo:** Masculino ☐ Feminino ☐

2. **Idade:** _____ anos

3. **Estado civil:**

Casado ☐

Solteiro ☐

Viúvo ☐

Divorciado ☐

Não sabe/não responde ☐

4. **Nível de instrução**

1- Ensino Superior ☐

2- Ensino Secundário ☐

3- 3º Ciclo (antigo 9º ano) ☐

4- 2º Ciclo (antigo ciclo) ☐

5- 1º Ciclo (antiga 4ª Classe) ☐

6- Analfabeto ☐

1. As perguntas que se seguem pretendem avaliar o nível sócio-económico do agregado familiar. Leia atentamente cada uma das questões e **assinale o item que mais se adequa à fonte de rendimento familiar – contando-se apenas a fonte de rendimento principal da sua família.**

A profissão

1- Directores de bancos, técnicos, licenciados, títulos universitários ☐

2- Chefes administrativos ou de grandes empresas ☐

3- Adjuvantes técnicos, desenhadores, caixeiros, oficiais de primeira, encarregados ☐

4- Motoristas, polícias, cozinheiros e outros ☐

5- Jornaleiros, mandaretas, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza. ☐

Descrição: _____

Nível de instrução

7- Ensino Superior ☐

8- Ensino Secundário ☐

9- 3º Ciclo (antigo 9º ano) ☐

10- 2º Ciclo (antigo ciclo) ☐

11- 1º Ciclo (antiga 4ª Classe) ☐

Descrição: _____

Rendimento familiar

1- A fonte principal é a fortuna herdada ou adquirida ☐

2- Lucros de empresas, altos honorários, lugares bem remunerados ☐

3- Os rendimentos correspondem a um vencimento mensal fixo ☐

4- Os rendimentos resultam de salários, remuneração por semana, horas, tarefas ☐

5- A beneficência pública que sustenta o indivíduo ou a família ☐

Descrição: _____

Conforto da habitação

1- Casas ou andares luxuosos e muito grandes, máximo conforto ☐

2- Casas ou andares sem serem luxuosos, mas espaçosos e confortáveis ☐

3- Casa ou andares modestos em bom estado de conservação, bem iluminados e arejados, com cozinha e casa de banho ☐

4- Categoria intermédia entre a 3 e a 5 ☐

5- Alojamento impróprio para uma vida decente, barracas, excesso de lotação ☐

Descrição: _____

Aspeto do bairro habitado

1- Bairro residencial e elegante onde os valores dos terrenos são elevados ☐

2- Bairro residencial bom, ruas largas, casas bem conservadas ☐

3- Bairros em ruas comerciais ou estreitas ou antigas ☐

4- Bairros operários, populosos, mal arejados, próximo de fábricas ☐

5- Bairro de lata ☐

Descrição: _____

1. Tempo de deslocação, da residência à unidade de saúde, onde recebe o tratamento: _____

2. Onde toma os medicamentos?

Em casa ☐

No Hospital ☐
No Centro de Saúde ☐
No Centro Diagnóstico Pneumológico (CDP) ☐
Na Unidade de Saúde Familiar (USF) ☐
Em outra instituição ☐
Qual _____

3. Sofre de outra doença? Não ☐ Sim ☐
Qual _____

4. Há quanto tempo iniciou a toma de medicamentos para o tratamento em causa?
_____ meses

Parte II

QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36v2)

INSTRUÇÕES: As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Ótima
1

Muito boa
2

Boa
3

Razoável
4

Fraca
5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:

Muito
melhor
1

Com algumas
melhoras
2

Aproximadamente
igual
3

Um pouco
pior
4

Muito
pior
5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)

	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a. Actividades violentas , tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes	1	2	3
b. Actividades moderadas , tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c. Levantar ou pegar nas compras de mercearia	1	2	3
d. Subir vários lanços de escada	1	2	3
e. Subir um lanço de escadas	1	2	3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 Km	1	2	3
h. Andar várias centenas de metros	1	2	3
i. Andar uma centena de metros	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a.....	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades	1	2	3	4	5
d. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço).....	1	2	3	4	5

5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c. Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume .	1	2	3	4	5

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.

Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5
b. Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5
e. Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5
f. Se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4	5
g. Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5
h. Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5
i. Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. Ponha um círculo para cada linha.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a. Parece que adoeço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é óptima	1	2	3	4	5

12. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.*(Coloque apenas um círculo num número em cada linha)*

	Absolutamente verdade	Verdade	Não Sei	Falso	Absolutamente falso
a. Estou informado/a em relação à doença.....	1	2	3	4	5
b. Estou informado/a em relação ao tratamento.....	1	2	3	4	5
c. Tive/ Tenho medo de poder contagiar os outros.....	1	2	3	4	5

13. As afirmações que se seguem relacionam-se com o TRATAMENTO.**Por favor, diga em que medida as seguintes situações o/a incomodaram nas últimas 4 semanas.***(Coloque apenas um círculo num número em cada linha)***Nas últimas 4 semanas, quanto tempo o/a incomodou...**

	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Sair de casa para tomar a medicação?	1	2	3	4	5
b. Tomar uma dose diária grande de comprimidos?	1	2	3	4	5
c. Ter de cumprir um tratamento longo?	1	2	3	4	5
d. Engolir determinados comprimidos?	1	2	3	4	5

14. As questões que se seguem relacionam-se com os EFEITOS sentidos durante o tratamento.*(Coloque apenas um círculo num número em cada linha)***Nas últimas 4 semanas, teve...**

	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Sonolência?	1	2	3	4	5
b. Dores musculares?	1	2	3	4	5
c. Alterações de humor?	1	2	3	4	5
d. Diminuição do desejo sexual?	1	2	3	4	5
e. Problemas gastrointestinais?	1	2	3	4	5
f. Náuseas e/ou vômitos?	1	2	3	4	5
g. Comichões em todo o corpo?	1	2	3	4	5
h. Vermelhidão na pele?	1	2	3	4	5
i. Outros _____	1	2	3	4	5

15. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. Estas referem-se às ALTERAÇÕES DE HÁBITOS DE SAÚDE devido ao tratamento.

(Coloque apenas um círculo num número em cada linha)

Nas últimas 4 semanas...

	Absolutamente Verdade	Verdade	Não Sei	Falso falso	Absolutamente
a. Como de forma mais equilibrada.	1	2	3	4	5
b. Descanso mais	1	2	3	4	5
c. Consumo menos tabaco.	1	2	3	4	5
d. Consumo menos álcool.	1	2	3	4	5
e. Consumo menos outras drogas.	1	2	3	4	5
f. Faço mais exercício físico	1	2	3	4	5
g. Realizo mais actividades lúdicas (por exemplo: ir ao cinema)	1	2	3	4	5

Anexo 3
Autorização da aplicação da escala MTB-23 – Módulo de Tuberculose
Pulmonar



Alice Furtado de Antas <aantas@sapo.pt>

para mim ▾

📎 2/06



Boa tarde,

Serve o presente e-mail para ceder autorização da utilização do MTP-23-
Módulo Tuberculose Pulmonar para o estudo em questão.

Votos de boa investigação.

Com os melhores cumprimentos,

Alice Furtado de Antas.

From: [Rute Meneses](#)

Sent: Wednesday, May 28, 2014 6:58 PM

To: [Maria José de Almeida Duarte](#)

Cc: [Alice Antas](#)

Subject: Re: Pedido de aplicação da escala MTP-23 – Módulo Tuberculose
Pulmonar

Anexo 4
Autorização aplicação Questionário de estado de saúde (SF-36v2)

Ex.ma Senhora:

Em resposta ao pedido que me formalizou é com todo o prazer que envio a versão portuguesa do instrumento de medição SF-36 (*MOS Short Form Health Survey – 36 Item - version 2*) para aplicar no âmbito do trabalho de investigação que pretende realizar. Este instrumento permite (i) medir e avaliar o estado de saúde de populações e indivíduos com ou sem doença; (ii) monitorizar doentes com múltiplas condições; (iii) comparar doentes com condições diversas; e (iv) comparar o estado de saúde de doentes com o da população em geral.

A sua validação e a obtenção dos valores normais encontram-se nas seguintes referências:

- Ferreira PL, Ferreira LN, Pereira LN. Medidas sumário física e mental de estado de saúde para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2013; 30(2): 163-171.
- Ferreira PL. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I – Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*. 2000; 13: 55-66.
- Ferreira PL. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II – Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa*. 2000; 13: 119-127.

Mais informação sobre as características desta medida poderá encontrar em

<http://www.uc.pt/org/ceisuc/RIMAS/Lista/Instrumentos/SF36>

Desejo-lhe o melhor êxito para o seu trabalho.

Com os meus melhores cumprimentos.

Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

Carta enviada por correio eletrónico

Anexo 5
Autorização para ida a campo e extensão do pedido

Secretariado ACES Lisboa Central

De: Maria José de Almeida Duarte [maria.duarte@campus.esel.pt]
Enviado: terça-feira, 16 de Setembro de 2014 20:01
Para: Secretariado ACES Lisboa Central
Cc: Maria Lourdes Gil Patrício Vara Costa; Pedro Branco
Assunto: Pedido de consentimento para a aplicação de questionário e utilização do nome da instituição
Anexos: Pedido de consentimento para aplicação do questionário.docx

Exma. Sra. Diretora do ACES Lisboa Central, Dra. Maria Rosário Fonseca

Maria do Rosário F. Fonseca
Directora Executiva
ACES LISBOA CENTRAL

*Dele entrou em
contacto c/o Sr. Enf.
Rosário para operacionalizar.*

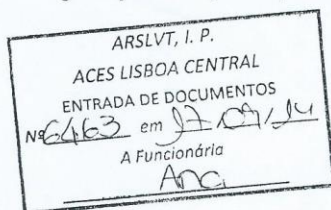
Autêntica-se
[Assinatura]
22/9/2014

Maria José de Almeida Duarte, enfermeira na Unidade de Desabilitação das Taipas, encontrando-se a frequentar o V Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, vem por este meio solicitar autorização para a recolha de dados, tratamento e divulgação de resultados do Projeto de Intervenção Comunitária que está a desenvolver no âmbito da gestão da adesão do tratamento da tuberculose, orientado pela professora Doutora Maria de Lourdes Varandas, docente da ESEL.

Este estudo tem como objetivo *Capacitar os utentes com diagnóstico de tuberculose em regime de TOD para a gestão do tratamento*, nas UCSP Alameda, UCSP S. Nicolau, UCSP Penha de França e UCSP Olivais, cujo estágio está autorizado pela ARS para as respetivas Unidades de saúde.

Para a concretização deste estudo, torna-se necessária a aplicação de um questionário, que anexamos para uma prévia apreciação bem como o consentimento informado dirigido aos utentes, que se encontra igualmente anexado a este pedido.

Agradeço a atenção dispensada.



Lisboa, 16 de Setembro de 2014

Exma. Sra. Diretora do ACES Lisboa Central, Dra. Maria Rosário Fonseca

Maria José de Almeida Duarte, enfermeira na Unidade de Desabituação das Taipas, encontrando-se a frequentar o V Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, vem por este meio solicitar autorização para a recolha de dados, tratamento e divulgação de resultados do Projeto de Intervenção Comunitária que está a desenvolver no âmbito da gestão da adesão do tratamento da tuberculose, orientado pela professora Doutora Maria de Lourdes Varandas, docente da ESEL.

Este estudo tem como objetivo *Capacitar os utentes com diagnóstico de tuberculose em regime de TOD para a gestão do tratamento*, nas UCSP Alameda, UCSP S. Nicolau, UCSP Penha de França e UCSP Olivais, cujo estágio está autorizado pela ARS para as respetivas Unidades de saúde. Após ter iniciado o estágio, verifica-se o número pequeno de casos, pedindo a autorização também para as Unidades USF Sétima Colina, USF Jardins da Encarnação e USF Vasco da Gama.

Para a concretização deste estudo, torna-se necessária a aplicação de um questionário, que anexamos para uma prévia apreciação bem como o consentimento informado dirigido aos utentes, que se encontra igualmente anexado a este pedido.

Agradeço a atenção dispensada.

Lisboa, 6 de Outubro de 2014

Pede deferimento

Secretariado ACES Lisboa Central

De: Maria José de Almeida Duarte [maria.duarte@campus.esel.pt]
Enviado: segunda-feira, 6 de Outubro de 2014 21:15
Para: Secretariado ACES Lisboa Central
Cc: pedro.branco@csggraca.min-saude.pt; Maria Lourdes Gil Patricio Vara Costa
Assunto: Pedido de consentimento para a aplicação de questionário e utilização do nome da instituição
Anexos: Pedido de consentimento para aplicação do questionário 6 Outubro.docx

Exma. Sra. Diretora do ACES Lisboa Central, Dra. Maria Rosário Fonseca

ARSLVT, I. P.
ACES LISBOA CENTRAL
ENTRADA DE DOCUMENTOS
Nº 7054 em 07/10/2014
A Funcionária
Filipa

Atenção
Atenção falar e/
as unidades.

Maria José de Almeida Duarte, enfermeira na Unidade de Desabituação das Taipas, encontrando-se a frequentar o V Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, vem por este meio solicitar autorização para a recolha de dados, tratamento e divulgação de resultados do Projeto de Intervenção Comunitária que está a desenvolver no âmbito da gestão da adesão do tratamento da tuberculose, orientado pela professora Doutora Maria de Lourdes Varandas, docente da ESEL.

Este estudo tem como objetivo *Capacitar os utentes com diagnóstico de tuberculose em regime de TOD para a gestão do tratamento*, nas UCSP Alameda, UCSP S. Nicolau, UCSP Penha de França e UCSP Olivais, cujo estágio está autorizado pela ARS para as respetivas Unidades de saúde. Após ter iniciado o estágio, verifica-se o número pequeno de casos, pedindo a autorização também para as Unidades USF Sétima Colina, USF Jardins da Encarnação e USF Vasco da Gama.

Para a concretização deste estudo, torna-se necessária a aplicação de um questionário, que anexamos para uma prévia apreciação bem como o consentimento informado dirigido aos utentes, que se encontra igualmente anexado a este pedido.

Agradeço a atenção dispensada.

APÊNDICES

Apêndice 1

Cronograma de Actividades

Apêndice 2
Declaração de consentimento informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Exmo/a Sr./a Utente

Eu, Maria José de Almeida Duarte, enfermeira, a frequentar o 5º curso de pós Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, lecionado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a realizar um Projeto de Intervenção Comunitária no âmbito da Gestão da Adesão do Tratamento da Tuberculose com a finalidade “Capacitar os utentes com diagnóstico de tuberculose em regime de TOD para a gestão do tratamento ”no ACES Lisboa Central, orientada pela Srª. Profª. Doutora Maria Lourdes Varandas.

Pedimos a sua colaboração para o preenchimento do questionário. Este instrumento tem por objetivo colher informações que permitam identificar áreas prioritárias.

De acordo com as necessidades identificadas, posteriormente serão realizadas atividades nas unidades de saúde.

É garantido o respeito por todas as imposições éticas e legais, nomeadamente anonimato, confidencialidade dos dados obtidos.

Caso estes requisitos de participação não seja satisfeita, ou caso seja sua vontade, poderá anular a sua colaboração.

Muito obrigada pela sua colaboração.

Assinatura _____ Data__/__/__

Apêndice 3

Pedido da aplicação da escala MTB-23 – Módulo de Tuberculose Pulmonar



Exma. Sr^a. Prof^a. Doutora

Ana Furtado Antas

Assunto: Pedido de aplicação da escala MTP-23 – Módulo Tuberculose Pulmonar

Eu, Maria José de Almeida Duarte, enfermeira, a frequentar o curso de pós Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, lecionado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a realizar um Projeto de Intervenção Comunitária com a finalidade de promover a Gestão da Adesão ao Tratamento da Tuberculose no ACES da Alameda - UCSP S. Nicolau, orientada pela Sr^a. Prof^a. Doutora Maria Lourdes Varandas.

Venho assim, solicitar a aplicação da escala MTP-23 – Módulo Tuberculose Pulmonar , neste projecto de intervenção comunitária.

Atenciosamente.

Lisboa, Maio de 2014

Maria José de Almeida Duarte

Apêndice 4

Pedido da aplicação Questionário de estado de saúde (SF-36v2)



Exmo. Sr. Prof. Doutor

Pedro Lopes Ferreira

Faculdade de Economia da Universidade Coimbra
Centro de Estudo e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra

Assunto: Pedido de aplicação Questionário de estado de saúde (SF-36v2)

Eu, Maria José de Almeida Duarte, enfermeira, a frequentar o curso de pós Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, lecionado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a realizar um Projeto de Intervenção Comunitária com a finalidade de promover a Gestão da Adesão ao Tratamento da Tuberculose no ACES da Alameda - UCSP S. Nicolau, orientada pela Sr^a. Prof^a. Doutora Maria Lourdes Varandas.

Venho assim, solicitar a aplicação Questionário de estado de saúde (SF-36v2) , neste projecto de intervenção comunitária.

Atenciosamente.

Lisboa, Maio de 2014

Maria José de Almeida Duarte

Apêndice 5

Pedido de autorização para ida a campo e extensão do pedido

Exma. Sra. Diretora do ACES Lisboa Central, Dra. Maria Rosário Fonseca

Maria de José Almeida Duarte, enfermeira na Unidade de Desabilitação das Taipas, encontrando-se a frequentar o V Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, vem por este meio solicitar autorização para a recolha de dados, tratamento e divulgação de resultados do Projeto de Intervenção Comunitária que está a desenvolver no âmbito da gestão da adesão do tratamento da tuberculose, orientado pela professora Doutora Maria de Lourdes Varandas, docente da ESEL.

Este estudo tem como objetivo *Capacitar os utentes com diagnóstico de tuberculose em regime de TOD para a gestão do tratamento*, nas UCSP Alameda, UCSP S. Nicolau, UCSP Penha de França e UCSP Olivais, cujo estágio está autorizado pela ARS para as respetivas Unidades de saúde..

Para a concretização deste estudo, torna-se necessária a aplicação de um questionário, que anexamos para uma prévia apreciação bem como o consentimento informado dirigido aos utentes, que se encontra igualmente anexado a este pedido.

Agradeço a atenção dispensada.

Lisboa, 15 de Abril de 2013

Pede deferimento,

De: Apoio Docência 2º Ciclo

Enviado: quinta-feira, 22 de Maio de 2014 10:11

Para: aces.lxcentral@arslvt.min-saude.pt; aces.lxcentral.dir@arslvt.min-saude.pt

Cc: Maria Lourdes Gil Patricio Vara Costa; Maria Adriana Pereira Henriques

Assunto: Pedido de autorização para ida a campo - 5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM, ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Central

Exma. Sr.ª Diretora Executiva

Dr.ª Maria do Rosário Ferreira Fonseca

Integrado na Unidade Curricular Opção II do 2º semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem está previsto um conjunto de atividades preparatórias do trabalho final conducente à obtenção do diploma de pós-licenciatura de especialização e/ou o grau de mestre em enfermagem. O desenho do Projeto de trabalho que o estudante irá desenvolver no 3º semestre envolve uma fase preparatória, que decorre no período entre 06 de março a 10 de julho de 2014, e inclui a realização de visitas e/ou entrevistas com profissionais de diferentes Instituições e/ou serviços.

Neste sentido, e de acordo com o contato prévio, vimos solicitar autorização para que a Sr.ª Enfermeira Maria José de Almeida Duarte, estudante do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Comunitária, possa enquadrar/desenvolver a fase de diagnóstico do seu projeto de estágio nas UCSPs Penha França, Alameda e Olivais, do V. Agrupamento.

Este pedido prende-se com o facto de, no momento, apenas existir uma pessoa em TOD, na UCSP S. Nicolau, o que inviabiliza este processo, que decorre segundo a metodologia do Planeamento em Saúde. As Unidades acima referidas tiveram autorização prévia da ARS LVT para este estágio.

O objetivo desta atividade pedagógica é possibilitar ao estudante a integração numa equipa de Enfermagem para o desenvolvimento de atividades que lhe permitam o contacto com pelo menos 2 famílias e desenhar o projeto de estágio, a desenvolver no 3º semestre.

Agradecendo antecipadamente a V.ª compreensão no sentido de agilizar este processo, apresentamos os nossos cumprimentos,

A Coordenadora do 2º Ciclo

Prof.ª Doutora Maria Antónia Rebelo Botelho

MARB/CN

NOTA: Este pedido será também enviado, oficialmente, via correio.

Cumprimentos,

Catarina Nunes

Assistente Técnico

Secretariado de Apoio à Docência - Pólo AR

[cid:image001.jpg@01CF751E.BC66B4F0]

Av. D. João II, Lote 4.69 - 01 1990-096 LISBOA – PORTUGAL

Tel.: (351) 218 912 253 Fax: (351) 218 912 254

E-mail: csnunes@esel.pt<mailto:csnunes@esel.pt>

Exma. Sra. Diretora do ACES Lisboa Central, Dra. Maria Rosário Fonseca

Maria José de Almeida Duarte, enfermeira na Unidade de Desabilitação das Taipas, encontrando-se a frequentar o V Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, vem por este meio solicitar autorização para a recolha de dados, tratamento e divulgação de resultados do Projeto de Intervenção Comunitária que está a desenvolver no âmbito da gestão da adesão do tratamento da tuberculose, orientado pela professora Doutora Maria de Lourdes Varandas, docente da ESEL.

Este estudo tem como objetivo *Capacitar os utentes com diagnóstico de tuberculose em regime de TOD para a gestão do tratamento*, nas UCSP Alameda, UCSP S. Nicolau, UCSP Penha de França e UCSP Olivais, cujo estágio está autorizado pela ARS para as respetivas Unidades de saúde. Após ter iniciado o estágio ,verifica-se o número pequeno de casos, pedindo a autorização também para as Unidades USF Sétima Colina, USF Jardins da Encarnação e USF Vasco da Gama.

Para a concretização deste estudo, torna-se necessária a aplicação de um questionário, que anexamos para uma prévia apreciação bem como o consentimento informado dirigido aos utentes, que se encontra igualmente anexado a este pedido.

Agradeço a atenção dispensada.

Lisboa, 6 de Outubro de 2014

Pede deferimento

Apêndice 6

Tratamento estatístico da parte I do questionário

Sexo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Masculino	9	69,2	69,2	69,2
	Feminino	4	30,8	30,8	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Idade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	19	1	7,7	7,7	7,7
	31	1	7,7	7,7	15,4
	32	1	7,7	7,7	23,1
	39	1	7,7	7,7	30,8
	43	1	7,7	7,7	38,5
	44	1	7,7	7,7	46,2
	48	2	15,4	15,4	61,5
	50	1	7,7	7,7	69,2
	57	1	7,7	7,7	76,9
	65	1	7,7	7,7	84,6
	70	1	7,7	7,7	92,3
	81	1	7,7	7,7	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Estado civil

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Casado	2	15,4	15,4	15,4
	Solteiro	8	61,5	61,5	76,9
	Viúvo	1	7,7	7,7	84,6
	Divorciado	2	15,4	15,4	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Nível de instrução

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ensino Superior	1	7,7	7,7	7,7
	Ensino Secundário	4	30,8	30,8	38,5
	3º Ciclo (antigo 9º ano)	3	23,1	23,1	61,5
	2º Ciclo (antigo ciclo)	2	15,4	15,4	76,9
	1º Ciclo (antiga 4ª Classe)	3	23,1	23,1	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Nível de instrução

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ensino Superior	1	7,7	7,7	7,7
	Ensino Secundário	4	30,8	30,8	38,5
	3º Ciclo (antigo 9º ano)	3	23,1	23,1	61,5
	2º Ciclo (antigo ciclo)	2	15,4	15,4	76,9
	1º Ciclo (antiga 4ª Classe)	3	23,1	23,1	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Profissão

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Directores de bancos, técnicos, licenciados, títulos universitários	1	7,7	7,7	7,7
	Chefes administrativos ou de grandes empresas	1	7,7	7,7	15,4
	Motoristas, polícias, cozinheiros e outros	6	46,2	46,2	61,5
	Desempregado	3	23,1	23,1	84,6
	Reformado	2	15,4	15,4	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Rendimento familiar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Lucros de empresas, altos honorários, lugares bem remunerados	1	7,7	7,7	7,7
	Os rendimentos correspondem a um vencimento mensal fixo	4	30,8	30,8	38,5
	Os rendimentos resultam de salários, remuneração por semana, horas, tarefas	7	53,8	53,8	92,3
	A beneficência pública que sustenta o indivíduo ou a família	1	7,7	7,7	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Conforto da habitação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Casa ou andares modestos em bom estado de conservação, bem iluminados e arejados, com cozinha e casa de banho	4	30,8	30,8	30,8
	Categoria intermédia entre a 3 e a 5	8	61,5	61,5	92,3
	Alojamento impróprio para uma vida decente, barracas, excesso de lotação	1	7,7	7,7	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Aspeto do bairro habitado

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bairro residencial bom, ruas largas, casas bem conservadas	4	30,8	30,8	30,8
	Bairros em ruas comerciais ou estreitas ou antigas	6	46,2	46,2	76,9
	Bairros operários, populosos, mal arejados, próximo de fábricas	3	23,1	23,1	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Tempo deslocação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5,0	1	7,7	7,7	7,7
	10,0	6	46,2	46,2	53,8
	15,0	2	15,4	15,4	69,2
	20,0	3	23,1	23,1	92,3
	30,0	1	7,7	7,7	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Onde toma medicamentos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No Centro de Saúde	13	100,0	100,0	100,0

Sofre de outra doença

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	6	46,2	46,2	46,2
	Sim	7	53,8	53,8	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Outra doença: Qual?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Diabetes	3	23,1	42,9	42,9
	Litiase vesicular/Hipertensão	2	15,4	28,6	71,4
	HIV	1	7,7	14,3	85,7
	Anemia	1	7,7	14,3	100,0
	Total	7	53,8	100,0	
Missing	System	6	46,2		
Total		13	100,0		

Há quanto tempo iniciou medicação - meses

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,0	3	23,1	23,1	23,1
	2,0	2	15,4	15,4	38,5
	3,0	3	23,1	23,1	61,5
	4,0	1	7,7	7,7	69,2
	5,0	1	7,7	7,7	76,9
	6,0	1	7,7	7,7	84,6
	7,0	1	7,7	7,7	92,3

Apêndice 7

Tratamento estatístico da parte II do questionário

A sua saúde é

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ótima	1	7,7	7,7	7,7
	Muito boa	2	15,4	15,4	23,1
	Boa	2	15,4	15,4	38,5
	Razoável	6	46,2	46,2	84,6
	Fraca	2	15,4	15,4	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Comparada há 1 ano saúde é:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito melhor	4	30,8	30,8	30,8
	Com algumas melhoras	1	7,7	7,7	38,5
	Aproximadamente igual	5	38,5	38,5	76,9
	Um pouco pior	2	15,4	15,4	92,3
	Muito pior	1	7,7	7,7	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Actividades violentas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim. Muito limitado/a	4	30,8	30,8	30,8
	Sim, um pouco limitado/a	5	38,5	38,5	69,2
	Não, nada limitado/a	4	30,8	30,8	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Actividades moderadas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim. Muito limitado/a	3	23,1	23,1	23,1
	Sim, um pouco limitado/a	2	15,4	15,4	38,5
	Não, nada limitado/a	8	61,5	61,5	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Subir vários lanços escadas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Sim. Muito limitado/a	2	15,4	15,4	15,4
	Sim, um pouco limitado/a	7	53,8	53,8	69,2
	Não, nada limitado/a	4	30,8	30,8	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Levantar pegar compras

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim. Muito limitado/a	3	23,1	23,1	23,1
	Sim, um pouco limitado/a	2	15,4	15,4	38,5
	Não, nada limitado/a	8	61,5	61,5	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Subir um lance escadas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim. Muito limitado/a	1	7,7	7,7	7,7
	Sim, um pouco limitado/a	8	61,5	61,5	69,2
	Não, nada limitado/a	4	30,8	30,8	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Inclinar; ajoelhar; baixar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim, um pouco limitado/a	5	38,5	38,5	38,5
	Não, nada limitado/a	8	61,5	61,5	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Andar mais 1 Km

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim. Muito limitado/a	1	7,7	7,7	7,7
	Sim, um pouco limitado/a	5	38,5	38,5	46,2
	Não, nada limitado/a	7	53,8	53,8	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Andar várias centenas de metros

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim. Muito limitado/a	1	7,7	7,7	7,7
	Sim, um pouco limitado/a	5	38,5	38,5	46,2
	Não, nada limitado/a	7	53,8	53,8	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Andar uma centena de metros

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim. Muito limitado/a	1	7,7	7,7	7,7
	Sim, um pouco limitado/a	4	30,8	30,8	38,5
	Não, nada limitado/a	8	61,5	61,5	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Tomar banho ou vestir-se sozinho/a

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim, um pouco limitado/a	1	7,7	7,7	7,7
	Não, nada limitado/a	12	92,3	92,3	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Diminuiu o tempo gasto

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sempre	1	7,7	7,7	7,7
	A maior parte do tempo	2	15,4	15,4	23,1
	Algum tempo	4	30,8	30,8	53,8
	Pouco tempo	2	15,4	15,4	69,2
	Nunca	4	30,8	30,8	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Fez menos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sempre	2	15,4	15,4	15,4
	A maior parte do tempo	4	30,8	30,8	46,2
	Algum tempo	2	15,4	15,4	61,5
	Pouco tempo	1	7,7	7,7	69,2
	Nunca	4	30,8	30,8	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Sentiu-se limitado/a no tipo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sempre	1	7,7	7,7	7,7
	A maior parte do tempo	6	46,2	46,2	53,8
	Algum tempo	2	15,4	15,4	69,2
	Nunca	4	30,8	30,8	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Teve dificuldade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sempre	1	7,7	7,7	7,7
	A maior parte do tempo	5	38,5	38,5	46,2
	Algum tempo	2	15,4	15,4	61,5
	Pouco tempo	1	7,7	7,7	69,2
	Nunca	4	30,8	30,8	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Diminuiu o tempo gasto a trabalhar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sempre	2	15,4	15,4	15,4
	A maior parte do tempo	2	15,4	15,4	30,8
	Algum tempo	4	30,8	30,8	61,5
	Pouco tempo	1	7,7	7,7	69,2
	Nunca	4	30,8	30,8	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Fez menos do que queria

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sempre	2	15,4	15,4	15,4
	A maior parte do tempo	4	30,8	30,8	46,2
	Algum tempo	2	15,4	15,4	61,5
	Pouco tempo	2	15,4	15,4	76,9
	Nunca	3	23,1	23,1	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Executou menos cuidadosamente

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sempre	2	15,4	15,4	15,4
	A maior parte do tempo	1	7,7	7,7	23,1
	Algum tempo	3	23,1	23,1	46,2
	Pouco tempo	2	15,4	15,4	61,5
	Nunca	5	38,5	38,5	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Interferencia relacionamento social

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Absolutamente nada	6	46,2	46,2	46,2
	Pouco	2	15,4	15,4	61,5
	Moderadamente	2	15,4	15,4	76,9
	Bastante	2	15,4	15,4	92,3
	Imenso	1	7,7	7,7	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Durante as últimas 4 semanas teve dores?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nenhumas	3	23,1	23,1	23,1
	Muito fracas	2	15,4	15,4	38,5
	Ligeiras	1	7,7	7,7	46,2
	Moderadas	4	30,8	30,8	76,9
	5	3	23,1	23,1	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Forma dor interferiu no seu trabalho

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Absolutamente nada	4	30,8	30,8	30,8
	Pouco	3	23,1	23,1	53,8
	Moderadamente	1	7,7	7,7	61,5
	Bastante	5	38,5	38,5	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Se sentiu cheio/a de vitalidade?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	A maior parte do tempo	5	38,5	38,5	38,5
	Algum tempo	5	38,5	38,5	76,9
	Nunca	3	23,1	23,1	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Se sentiu muito nervoso/a?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sempre	1	7,7	7,7	7,7
	A maior parte do tempo	3	23,1	23,1	30,8
	Algum tempo	1	7,7	7,7	38,5
	Pouco tempo	5	38,5	38,5	76,9
	Nunca	3	23,1	23,1	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sempre	3	23,1	23,1	23,1
	Algum tempo	3	23,1	23,1	46,2
	Pouco tempo	3	23,1	23,1	69,2
	Nunca	4	30,8	30,8	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sempre	2	15,4	15,4	15,4
	A maior parte do tempo	4	30,8	30,8	46,2
	Algum tempo	3	23,1	23,1	69,2
	Pouco tempo	2	15,4	15,4	84,6
	Nunca	2	15,4	15,4	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Se sentiu com muita energia?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	A maior parte do tempo	4	30,8	30,8	30,8
	Algum tempo	6	46,2	46,2	76,9
	Pouco tempo	1	7,7	7,7	84,6
	Nunca	2	15,4	15,4	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Se sentiu deprimido/a?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sempre	2	15,4	15,4	15,4
	Algum tempo	5	38,5	38,5	53,8
	Pouco tempo	2	15,4	15,4	69,2
	Nunca	4	30,8	30,8	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Se sentiu estafado/a?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sempre	1	7,7	7,7	7,7
	A maior parte do tempo	4	30,8	30,8	38,5
	Algum tempo	3	23,1	23,1	61,5
	Pouco tempo	1	7,7	7,7	69,2
	Nunca	4	30,8	30,8	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Se sentiu feliz?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sempre	3	23,1	23,1	23,1
	A maior parte do tempo	4	30,8	30,8	53,8
	Algum tempo	4	30,8	30,8	84,6
	Nunca	2	15,4	15,4	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Se sentiu cansado/a?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sempre	2	15,4	15,4	15,4
	A maior parte do tempo	5	38,5	38,5	53,8
	Algum tempo	2	15,4	15,4	69,2
	Pouco tempo	1	7,7	7,7	76,9
	Nunca	3	23,1	23,1	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Limitação actividade social

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sempre	2	15,4	15,4	15,4
	A maior parte do tempo	2	15,4	15,4	30,8
	Algum tempo	1	7,7	7,7	38,5
	Pouco tempo	3	23,1	23,1	61,5
	Nunca	5	38,5	38,5	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Limitação actividade social

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	A maior parte do tempo	1	7,7	7,7	7,7
	Algum tempo	1	7,7	7,7	15,4
	Pouco tempo	3	23,1	23,1	38,5
	Nunca	8	61,5	61,5	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Parece que adoeço mais facilmente do que os outros

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Verdade	2	15,4	15,4	15,4
	Falso	9	69,2	69,2	84,6
	Absolutamente falso	2	15,4	15,4	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Sou tão saudável como qualquer outra pessoa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Absolutamente verdade	1	7,7	7,7	7,7
	Verdade	6	46,2	46,2	53,8
	Não sei	3	23,1	23,1	76,9
	Falso	3	23,1	23,1	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Estou convencido/a que a minha saúde vai piora

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Absolutamente verdade	1	7,7	7,7	7,7
	Verdade	1	7,7	7,7	15,4
	Falso	4	30,8	30,8	46,2
	Absolutamente falso	7	53,8	53,8	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

A minha saúde é ótima

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Verdade	7	53,8	53,8	53,8
	Não sei	3	23,1	23,1	76,9
	Falso	3	23,1	23,1	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Apêndice 8

Tratamento estatístico da parte III do questionário

Estou informado/a em relação à doença

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Absolutamente verdade	4	30,8	30,8	30,8
	Verdade	8	61,5	61,5	92,3
	Não sei	1	7,7	7,7	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Estou informado/a am relação ao tratamento

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Absolutamente verdade	2	15,4	15,4	15,4
	Verdade	8	61,5	61,5	76,9
	Não sei	2	15,4	15,4	92,3
	Falso	1	7,7	7,7	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Tive/Tenho medo de contagiar os outros

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Absolutamente verdade	6	46,2	46,2	46,2
	Verdade	4	30,8	30,8	76,9
	Absolutamente falso	3	23,1	23,1	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Sair de casa para tornar a medicação?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sempre	1	7,7	7,7	7,7
	A maior parte do tempo	3	23,1	23,1	30,8
	Algum tempo	3	23,1	23,1	53,8
	Pouco tempo	2	15,4	15,4	69,2
	Nunca	4	30,8	30,8	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Tomar uma dose diária grande de comprimidos?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sempre	1	7,7	7,7	7,7
	A maior parte do tempo	5	38,5	38,5	46,2
	Algum tempo	2	15,4	15,4	61,5
	Pouco tempo	1	7,7	7,7	69,2
	Nunca	4	30,8	30,8	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Ter de cumprir um Tratamento longo?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sempre	3	23,1	23,1	23,1
	A maior parte do tempo	3	23,1	23,1	46,2
	Algum tempo	2	15,4	15,4	61,5
	Pouco tempo	1	7,7	7,7	69,2
	Nunca	4	30,8	30,8	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Engolir determinados comprimidos?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sempre	1	7,7	7,7	7,7
	A maior parte do tempo	1	7,7	7,7	15,4
	Pouco tempo	3	23,1	23,1	38,5
	Nunca	8	61,5	61,5	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Sonolência?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	A maior parte do tempo	4	30,8	30,8	30,8
	Algum tempo	2	15,4	15,4	46,2
	Pouco tempo	2	15,4	15,4	61,5
	Nunca	5	38,5	38,5	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Dores musculares?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	A maior parte do tempo	4	30,8	30,8	30,8
	Algum tempo	1	7,7	7,7	38,5
	Pouco tempo	3	23,1	23,1	61,5
	Nunca	5	38,5	38,5	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Alterações de humor?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sempre	1	7,7	7,7	7,7
	A maior parte do tempo	1	7,7	7,7	15,4
	Algum tempo	3	23,1	23,1	38,5
	Pouco tempo	2	15,4	15,4	53,8
	Nunca	6	46,2	46,2	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Diminuição do desejo sexual?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sempre	1	7,7	7,7	7,7
	A maior parte do tempo	1	7,7	7,7	15,4
	Algum tempo	1	7,7	7,7	23,1
	Pouco tempo	3	23,1	23,1	46,2
	Nunca	7	53,8	53,8	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Problemas gastrointestinais?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sempre	1	7,7	7,7	7,7
	A maior parte do tempo	1	7,7	7,7	15,4
	Algum tempo	2	15,4	15,4	30,8
	Pouco tempo	2	15,4	15,4	46,2
	Nunca	7	53,8	53,8	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Náuseas e/ou vômitos?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	A maior parte do tempo	1	7,7	7,7	7,7
	Algum tempo	1	7,7	7,7	15,4
	Pouco tempo	5	38,5	38,5	53,8
	Nunca	6	46,2	46,2	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Comichões em todo o corpo?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Algum tempo	2	15,4	15,4	15,4
	Pouco tempo	1	7,7	7,7	23,1
	Nunca	10	76,9	76,9	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Vermelhidão na pele?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	A maior parte do tempo	1	7,7	7,7	7,7
	Algum tempo	1	7,7	7,7	15,4
	Nunca	11	84,6	84,6	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Alopécia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sempre	1	7,7	100,0	100,0
Missing	System	12	92,3		
Total		13	100,0		

Amnésia recente

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sempre	1	7,7	100,0	100,0
Missing System	12	92,3		
Total	13	100,0		

Como de forma mais equilibrada

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Absolutamente verdade	3	23,1	23,1	23,1
Verdade	7	53,8	53,8	76,9
Não sei	1	7,7	7,7	84,6
Falso	2	15,4	15,4	100,0
Total	13	100,0	100,0	

Descanso mais

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Absolutamente verdade	2	15,4	15,4	15,4
Verdade	8	61,5	61,5	76,9
Não sei	1	7,7	7,7	84,6
Falso	1	7,7	7,7	92,3
Absolutamente falso	1	7,7	7,7	100,0
Total	13	100,0	100,0	

Consumo menos tabaco

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Absolutamente verdade	5	38,5	38,5	38,5
	Verdade	3	23,1	23,1	61,5
	Falso	1	7,7	7,7	69,2
	Absolutamente falso	4	30,8	30,8	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Consumo menos álcool

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Absolutamente verdade	8	61,5	61,5	61,5
	Verdade	1	7,7	7,7	69,2
	Absolutamente falso	4	30,8	30,8	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Consumo menos outras drogas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Absolutamente verdade	7	53,8	53,8	53,8
	Absolutamente falso	6	46,2	46,2	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Faço mais exercício físico

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Verdade	3	23,1	23,1	23,1
	Não sei	1	7,7	7,7	30,8
	Falso	4	30,8	30,8	61,5
	Absolutamente falso	5	38,5	38,5	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Realizo mais actividades lúdicas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Absolutamente verdade	3	23,1	23,1	23,1
	Verdade	6	46,2	46,2	69,2
	Não sei	2	15,4	15,4	84,6
	Falso	2	15,4	15,4	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Apêndice 9

Questionário de levantamento de necessidades formativas

Questionário de levantamento de necessidades formativas

Eu, Maria José de Almeida Duarte, enfermeira, encontrando-me a frequentar o V Curso De Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, com o projeto de intervenção Comunitária que estou a desenvolver no âmbito da gestão da adesão do tratamento da tuberculose, orientado pela professora Doutora Maria de Lourdes Varandas, docente da ESEL. Este estudo tem como objetivo "*Capacitar os utentes com diagnóstico de tuberculose em regime de TOD para a gestão ao tratamento*", sendo que defini como estratégia a Formação em Serviço, para atingir o meu objetivo, venho então solicitar a sua colaboração no levantamento de necessidades sobre a temática Tuberculose

Que conteúdos gostaria de ver abordados numa sessão de formação em serviço sobre Tuberculose

- 1- Fisiopatologia da doença ----
- 2- Sintomatologia da doença ----
- 3- Transmissão da doença ----
- 4- Tratamento da doença ----
- 5- Efeitos secundários da medicação----
- 6- TOD e co-responsabilização----
- 7- Outros conteúdos----

Após o Levantamento das necessidades formativas, serão atempadamente informados do plano da sessão de Formação em Serviço.

Agradeço a sua colaboração e atenção dispensada.

Enfermeira Maria José Duarte.

Apêndice 10

Dados da avaliação das necessidades formativas

Avaliação e priorização das necessidades formativas

Temas	Nº de opção de formação	Prioridade formativa %
Fisiopatologia da doença	32	6º
Sintomatologia da doença	33	5º
Transmissão da doença	40	4º
Tratamento da doença	44	3º
Efeitos secundários da medicação	50	1º
TOD e co-responsabilização	47	2º

Apêndice 11

Quadro de avaliação da formação em serviço

Nº		R.			R.			R.			R.		
Questão	R. Correta	Verdadeira	Nº de respostas	%	Falsas	Nº de respostas	%	Verdadeira	Nº de respostas	%	Falsas	Nº de respostas	%
1	F	V1	22	48%	F1	24	52%	V2	0	0%	F2	46	100%
2	F	V1	18	39%	F1	28	61%	V2	1	2%	F2	45	98%
3	F	V1	12	26%	F1	34	74%	V2	1	2%	F2	45	98%
4	V	V1	35	76%	F1	11	24%	V2	46	100%	F2	0	0%
5	F	V1	12	26%	F1	34	74%	V2	1	2%	F2	45	98%
6	F	V1	26	57%	F1	20	43%	V2	1	2%	F2	45	98%
7	V	V1	39	85%	F1	7	15%	V2	45	98%	F2	1	2%
8	F	V1	38	83%	F1	8	17%	V2	4	9%	F2	42	91%
9	V	V1	32	70%	F1	14	30%	V2	45	98%	F2	1	2%
10	V	V1	32	70%	F1	14	30%	V2	44	96%	F2	2	4%
11	F	V1	35	76%	F1	11	24%	V2	5	11%	F2	41	89%
12	F	V1	17	37%	F1	29	63%	V2	0	0%	F2	46	100%
13	F	V1	11	24%	F1	35	76%	V2	0	0%	F2	46	100%
14	F	V1	36	78%	F1	10	22%	V2	3	7%	F2	43	93%
15	V	V1	41	89%	F1	5	11%	V2	46	100%	F2	0	0%

Apêndice 12

Plano de estratégias

<u>Estratégias</u>	<u>Descrição</u>
Realização de 3 sessões educativas individualizadas a todos os utentes	Transmissão de conhecimentos sobre o tratamento da tuberculose, transmissão da tuberculose e sobre a doença.
Realização de um Flyer, “Tuberculose o que deve saber”, para os utentes em regime de TOD	Transmissão de conhecimentos sobre a doença, sintomas, transmissão, prevenção, diagnóstico, tratamento, efeitos secundários da medicação.
Realização de um Póster intitulado “Tuberculose” para a população em geral;	Transmissão de conhecimentos sobre a doença, sintomas, transmissão, prevenção, quando é que se suspeita de tuberculose, diagnóstico, tratamento.
- Realização de um Póster intitulado “Tuberculose” para a população em geral;	Transmissão de conhecimentos sobre a doença, sintomas, transmissão, prevenção, quando é que se suspeita de tuberculose, diagnóstico, tratamento
- Realização de 2 Pósters intitulados “Tuberculose” para Enfermeiros;	1º Póster -Transmissão de conhecimentos sobre fluxograma de interpretação do TST e IGRA em adultos imunocompetentes e imunocomprometidos 2º Póster- Transmissão de conhecimentos sobre a monitorização de um utente com TB, interrupções/Abandonos do tratamento
Realização de uma formação em serviço em cada uma das 7 unidades.	Atualização e consolidação de conhecimentos sobre o tema Tuberculose

Apêndice 13

Plano de 3 Sessões Educativas Individualizadas

Plano de 3 Sessões Educativas

Data : Entre Janeiro e Fevereiro de 2015

Hora: Hora em que o utente se dirige à unidade para TOD

Duração: 15 minutos

Local: Em sete unidades do ACES Lisboa Central

População alvo: 13 utentes com diagnóstico de Tuberculose em TOD em cada Unidade

	Atividades	Método	Tempo	Avaliação
Introdução	-Apresentação dos objetivos e partes constituintes da ação educativa	Expositivo	2 Minutos	
Desenvolvimento	-Abordagem do tema -Fisiopatologia da doença -Transmissão da doença -Sintomas -Tratamento -Efeitos secundários da medicação -TOD e co-responsabilidade	Expositivo Interrogativo	8 Minutos	Participação de 80% dos utentes
Conclusão	-Resumo da sessão -Esclarecimento de dúvidas	Expositivo interativo	5 Minutos	Aplicação de questionário de avaliação

Apêndice 14
Sessões educativas individualizadas

Diapositivo 1



TUBERCULOSE

Capacitar para a gestão do tratamento

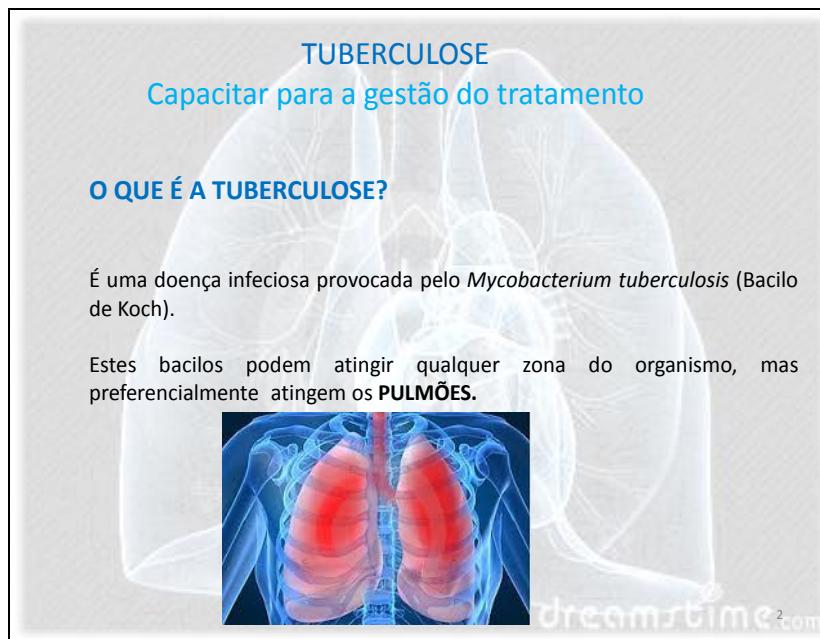
Lisboa
Janeiro 2015

Autor: Enfermeira Maria José Duarte
Aluna do V curso de Especialização e Mestrado de Enfermagem Comunitária

Docente Orientador: Professora Doutora Lourdes Varandas
Enfermeiro Orientador: Enfermeiro Pedro Branco

dreamstime.com

Diapositivo 2



TUBERCULOSE

Capacitar para a gestão do tratamento

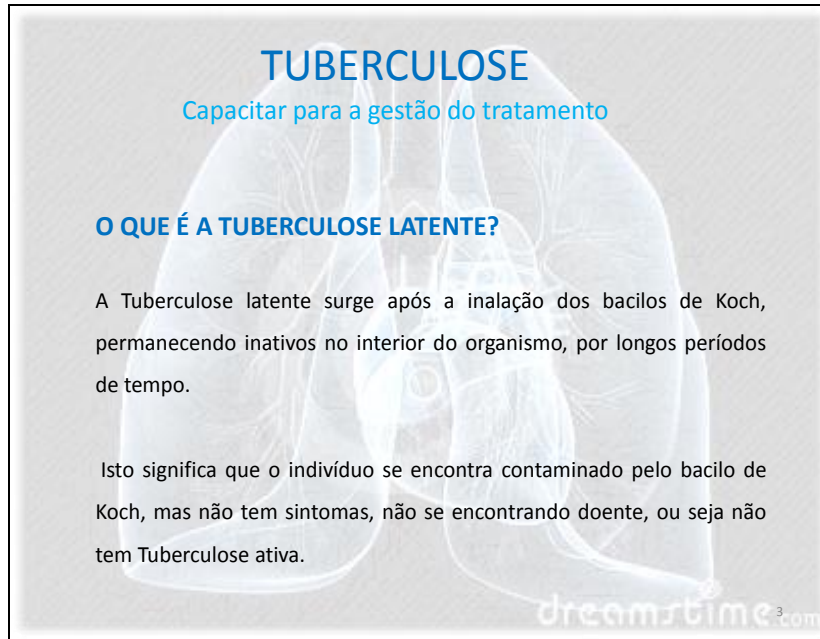
O QUE É A TUBERCULOSE?

É uma doença infecciosa provocada pelo *Mycobacterium tuberculosis* (Bacilo de Koch).

Estes bacilos podem atingir qualquer zona do organismo, mas preferencialmente atingem os **PULMÕES**.

dreamstime.com

Diapositivo 3



TUBERCULOSE

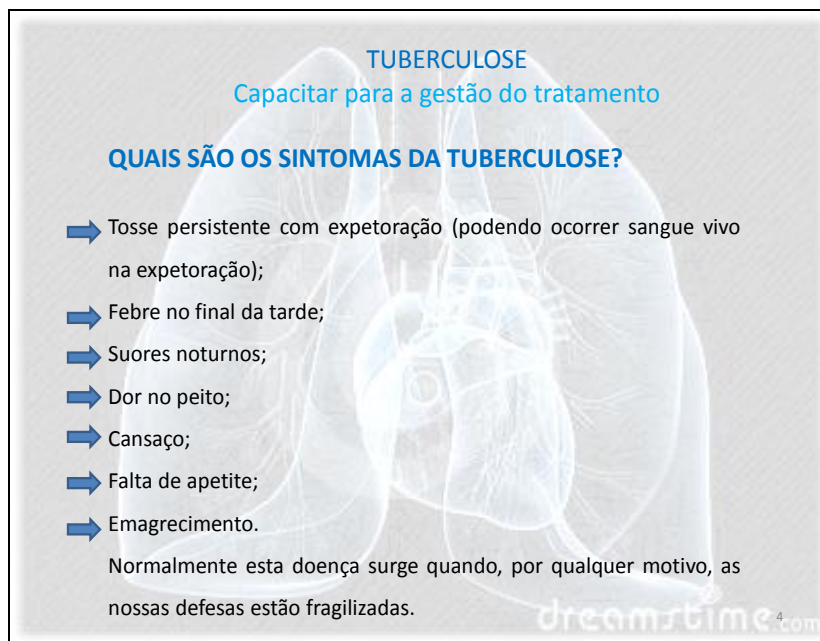
Capacitar para a gestão do tratamento

O QUE É A TUBERCULOSE LATENTE?

A Tuberculose latente surge após a inalação dos bacilos de Koch, permanecendo inativos no interior do organismo, por longos períodos de tempo.

Isto significa que o indivíduo se encontra contaminado pelo bacilo de Koch, mas não tem sintomas, não se encontrando doente, ou seja não tem Tuberculose ativa.

Diapositivo 4



TUBERCULOSE

Capacitar para a gestão do tratamento

QUAIS SÃO OS SINTOMAS DA TUBERCULOSE?

- ➡ Tosse persistente com expectoração (podendo ocorrer sangue vivo na expectoração);
- ➡ Febre no final da tarde;
- ➡ Suores noturnos;
- ➡ Dor no peito;
- ➡ Cansaço;
- ➡ Falta de apetite;
- ➡ Emagrecimento.


Normalmente esta doença surge quando, por qualquer motivo, as nossas defesas estão fragilizadas.

Diapositivo 5

TUBERCULOSE
Capacitar para a gestão do tratamento

COMO SE TRANSMITE A TUBERCULOSE?

Através do ar, pela inalação de gotículas contendo o Bacilo de Koch, expelidas pelo doente quando **tosse , fala ou espirra**.



O risco de transmissão aumenta com a duração e frequência de exposição, assim como a exposição em espaços fechados.

dreamstime.com

Diapositivo 6

TUBERCULOSE
Capacitar para a gestão do tratamento

QUAL A PROBABILIDADE DE TRANSMISSÃO?

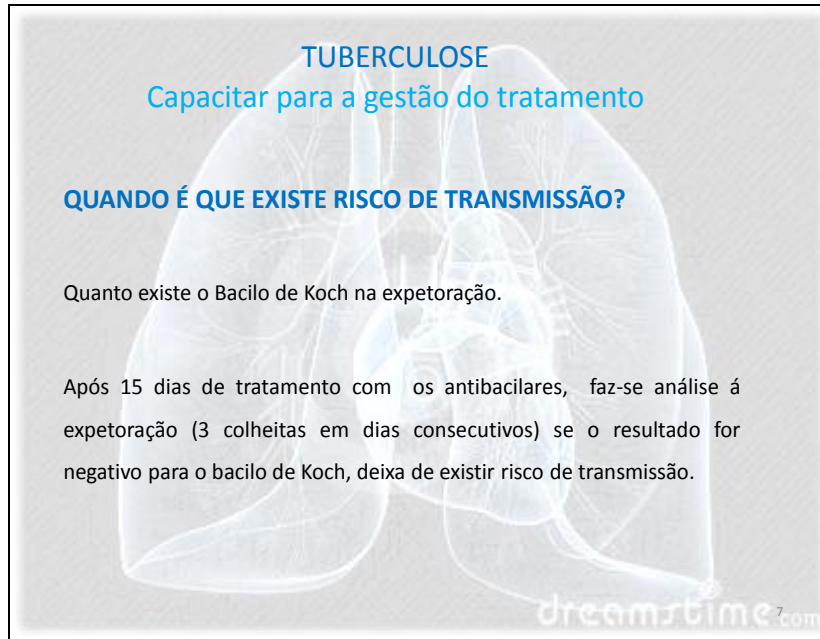
As pessoas que tiveram contacto com pessoas com tuberculose ativa:

- ➡ **30 a 40%** das pessoas ficam com doença latente;
- ➡ **5 a 10%** das pessoas desenvolvem a doença em algum momento da sua vida.

O risco de doença é mais elevado durante os primeiros 2 anos após a infeção.

dreamstime.com

Diapositivo 7



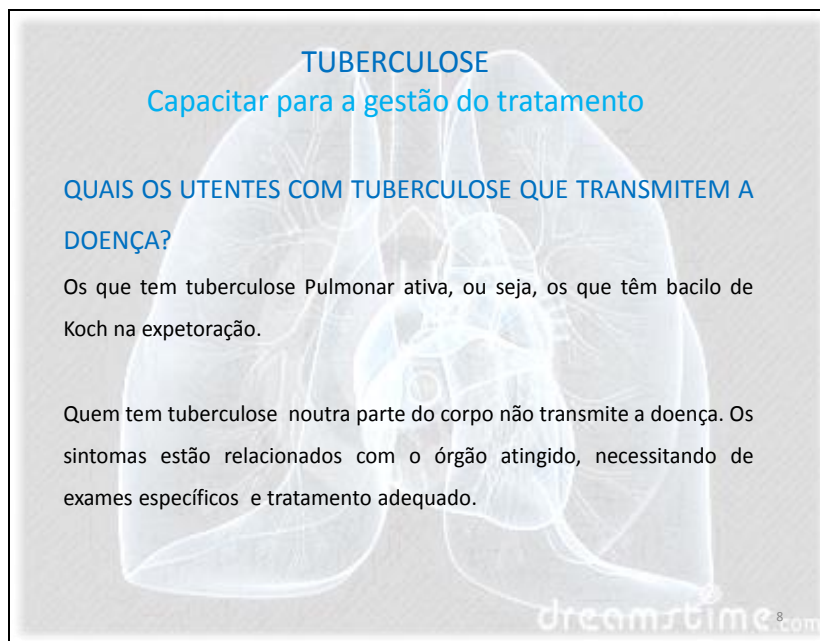
TUBERCULOSE
Capacitar para a gestão do tratamento

QUANDO É QUE EXISTE RISCO DE TRANSMISSÃO?

Quanto existe o Bacilo de Koch na expetoração.

Após 15 dias de tratamento com os antibacilares, faz-se análise á expetoração (3 colheitas em dias consecutivos) se o resultado for negativo para o bacilo de Koch, deixa de existir risco de transmissão.

Diapositivo 8



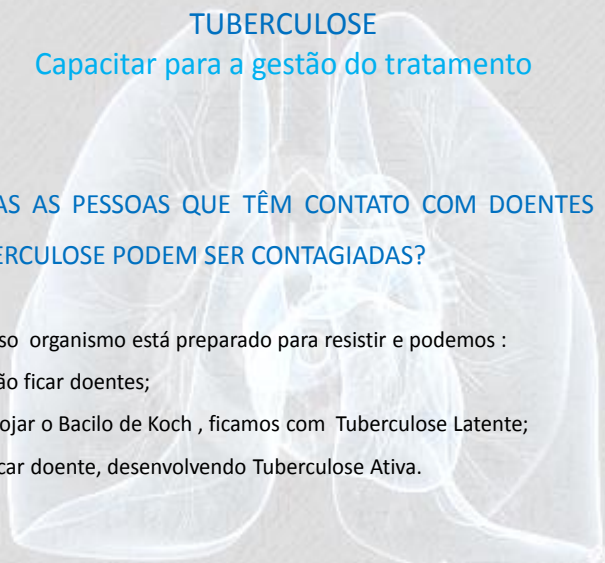
TUBERCULOSE
Capacitar para a gestão do tratamento

QUAIS OS UTENTES COM TUBERCULOSE QUE TRANSMITEM A DOENÇA?

Os que tem tuberculose Pulmonar ativa, ou seja, os que têm bacilo de Koch na expetoração.

Quem tem tuberculose noutra parte do corpo não transmite a doença. Os sintomas estão relacionados com o órgão atingido, necessitando de exames específicos e tratamento adequado.

Diapositivo 9



TUBERCULOSE
Capacitar para a gestão do tratamento

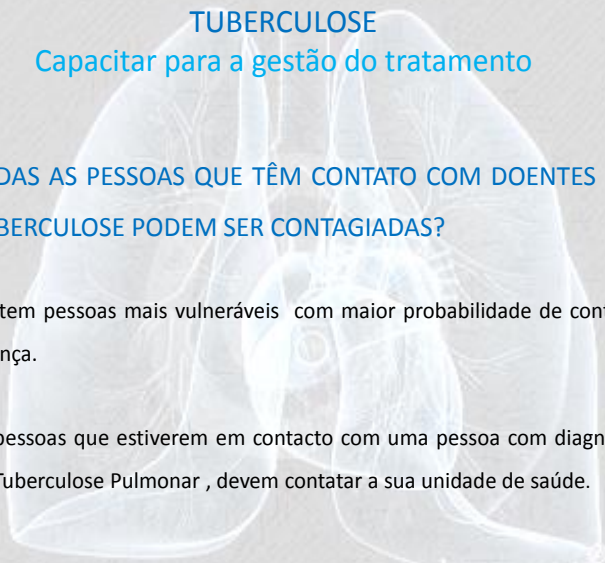
TODAS AS PESSOAS QUE TÊM CONTATO COM DOENTES COM TUBERCULOSE PODEM SER CONTAGIADAS?

O nosso organismo está preparado para resistir e podemos :

- ➡ Não ficar doentes;
- ➡ Alojarmos o Bacilo de Koch , ficamos com Tuberculose Latente;
- ➡ Ficar doente, desenvolvendo Tuberculose Ativa.

dreamstime.com 9

Diapositivo 10



TUBERCULOSE
Capacitar para a gestão do tratamento

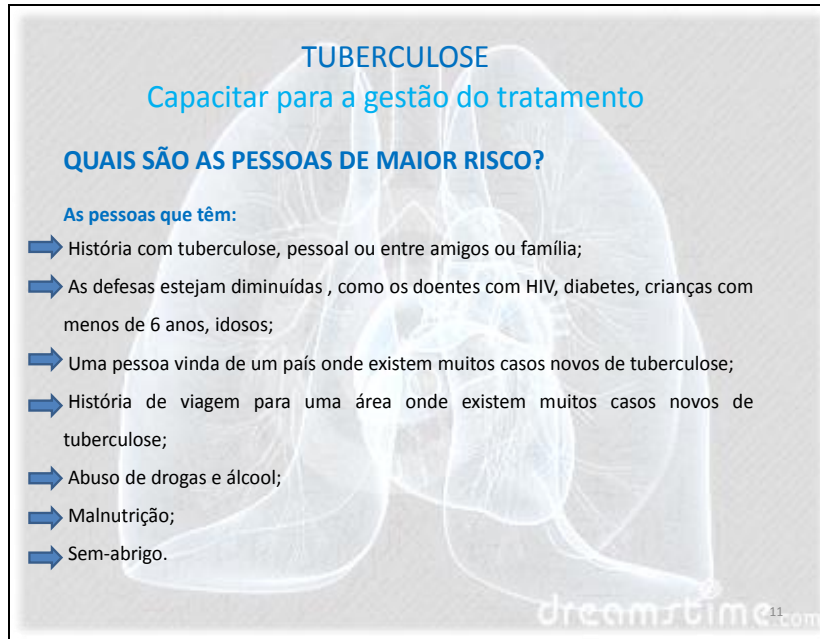
TODAS AS PESSOAS QUE TÊM CONTATO COM DOENTES COM TUBERCULOSE PODEM SER CONTAGIADAS?

Existem pessoas mais vulneráveis com maior probabilidade de contrair a doença.

As pessoas que estiverem em contacto com uma pessoa com diagnóstico de Tuberculose Pulmonar , devem contactar a sua unidade de saúde.

dreamstime.com 10

Diapositivo
11



TUBERCULOSE
Capacitar para a gestão do tratamento

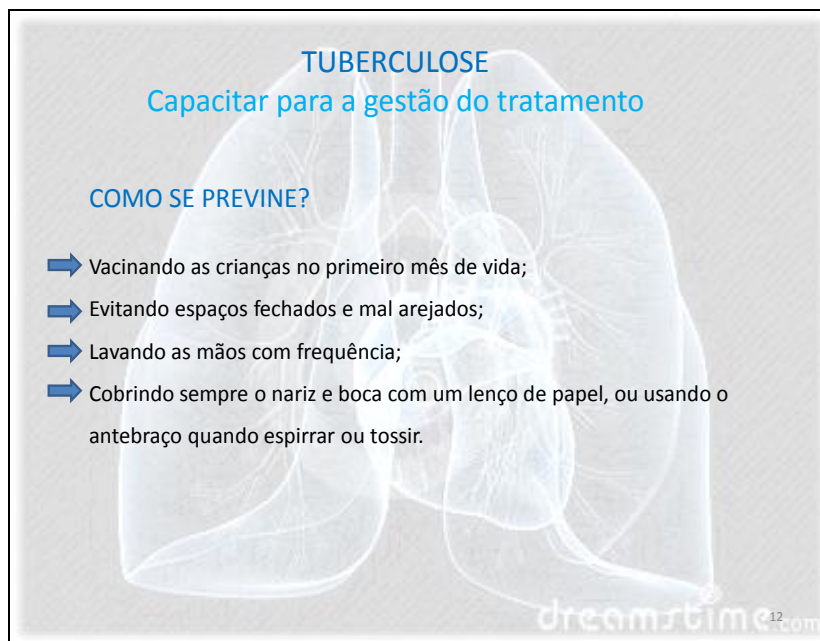
QUAIS SÃO AS PESSOAS DE MAIOR RISCO?

As pessoas que têm:

- ➡ História com tuberculose, pessoal ou entre amigos ou família;
- ➡ As defesas estejam diminuídas , como os doentes com HIV, diabetes, crianças com menos de 6 anos, idosos;
- ➡ Uma pessoa vinda de um país onde existem muitos casos novos de tuberculose;
- ➡ História de viagem para uma área onde existem muitos casos novos de tuberculose;
- ➡ Abuso de drogas e álcool;
- ➡ Malnutrição;
- ➡ Sem-abrigo.

dreamstime.com

Diapositivo
12



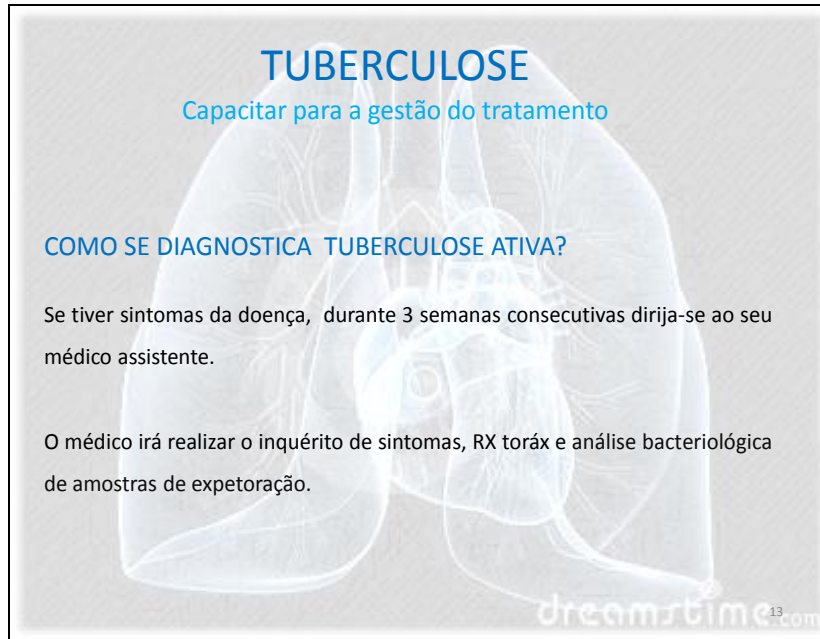
TUBERCULOSE
Capacitar para a gestão do tratamento

COMO SE PREVINE?

- ➡ Vacinando as crianças no primeiro mês de vida;
- ➡ Evitando espaços fechados e mal arejados;
- ➡ Lavando as mãos com frequência;
- ➡ Cobrindo sempre o nariz e boca com um lenço de papel, ou usando o antebraço quando espirrar ou tossir.

dreamstime.com

Diapositivo
13



TUBERCULOSE

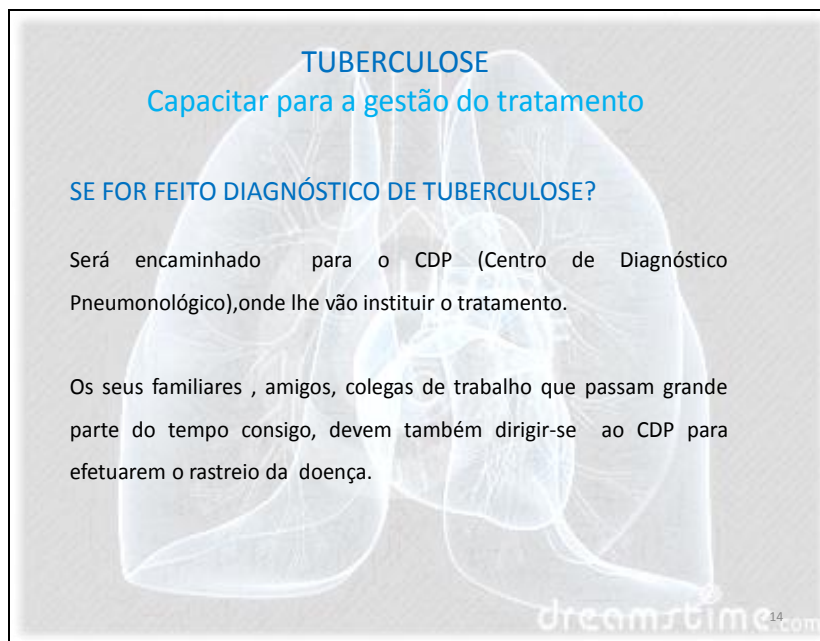
Capacitar para a gestão do tratamento

COMO SE DIAGNOSTICA TUBERCULOSE ATIVA?

Se tiver sintomas da doença, durante 3 semanas consecutivas dirija-se ao seu médico assistente.

O médico irá realizar o inquérito de sintomas, RX torác e análise bacteriológica de amostras de expetoração.

Diapositivo
14



TUBERCULOSE

Capacitar para a gestão do tratamento

SE FOR FEITO DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE?


Será encaminhado para o CDP (Centro de Diagnóstico Pneumológico), onde lhe vão instituir o tratamento.

Os seus familiares , amigos, colegas de trabalho que passam grande parte do tempo consigo, devem também dirigir-se ao CDP para efetuarem o rastreio da doença.

Diapositivo
15

TUBERCULOSE
Capacitar para a gestão do tratamento

COMO É O TRATAMENTO?



É realizado com a administração de antibióticos específicos, designados antibacilares.

Tomam-se diariamente, em jejum, os vários comprimidos (Isoniazida, Rifampicina, Etambutol e Pirazinamida, ou outros), que serão ajustados consoante a sua situação clínica, em regime de TOD (toma observada diretamente), até ao final do tratamento.

dreamstime.com 15

Diapositivo
16

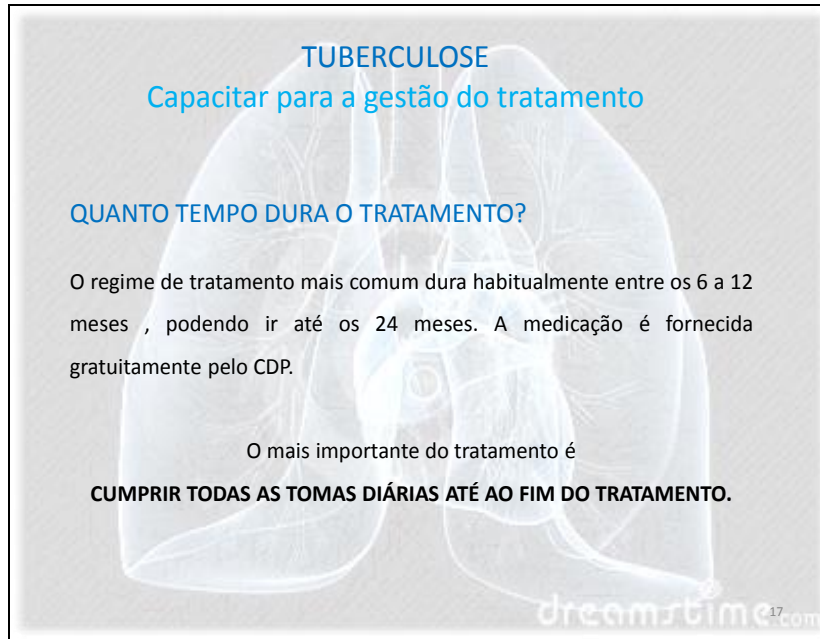
TUBERCULOSE
Capacitar para a gestão do tratamento

O QUE É A TOMA OBSERVADA DIRETA-TOD?

O Regime de TOD, realiza-se nos Centros de Saúde onde o doente se desloca, para realizar a sua toma da medicação, fornecida e observada pelo enfermeiro.

dreamstime.com 16

Diapositivo
17



TUBERCULOSE
Capacitar para a gestão do tratamento

QUANTO TEMPO DURA O TRATAMENTO?

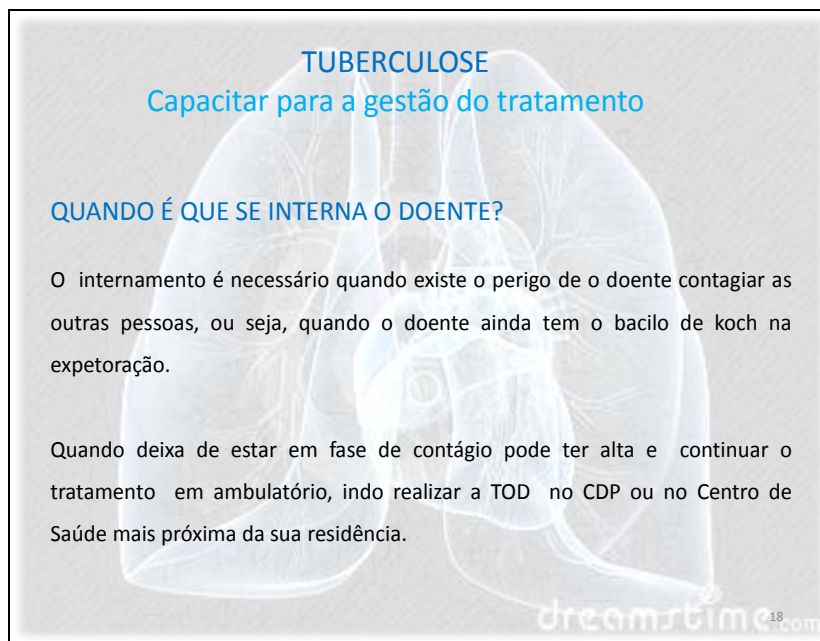
O regime de tratamento mais comum dura habitualmente entre os 6 a 12 meses , podendo ir até os 24 meses. A medicação é fornecida gratuitamente pelo CDP.

O mais importante do tratamento é

CUMPRIR TODAS AS TOMAS DIÁRIAS ATÉ AO FIM DO TRATAMENTO.

dreamstime.com 17

Diapositivo
18



TUBERCULOSE
Capacitar para a gestão do tratamento

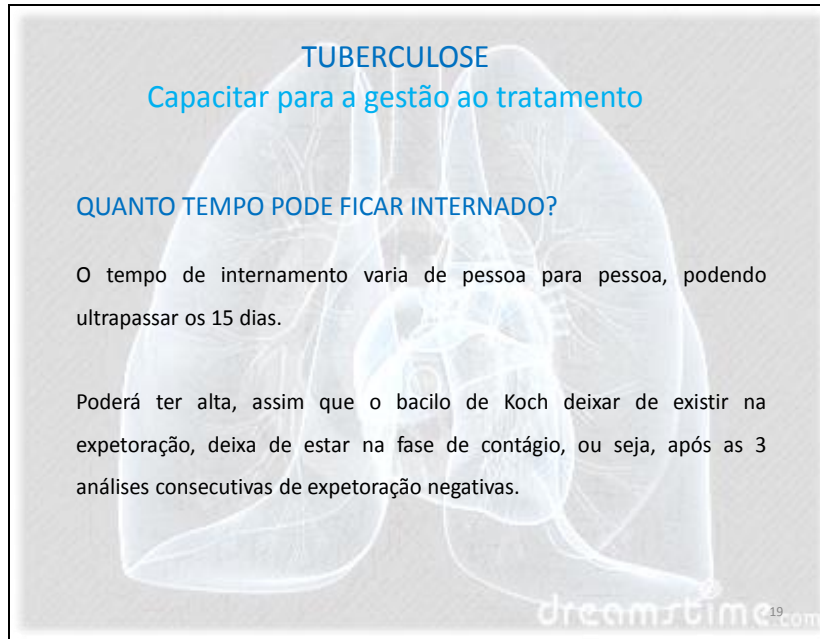
QUANDO É QUE SE INTERNA O DOENTE?

O internamento é necessário quando existe o perigo de o doente contagiar as outras pessoas, ou seja, quando o doente ainda tem o bacilo de koch na expetoração.

Quando deixa de estar em fase de contágio pode ter alta e continuar o tratamento em ambulatório, indo realizar a TOD no CDP ou no Centro de Saúde mais próxima da sua residência.

dreamstime.com 18

Diapositivo
19



TUBERCULOSE
Capacitar para a gestão ao tratamento

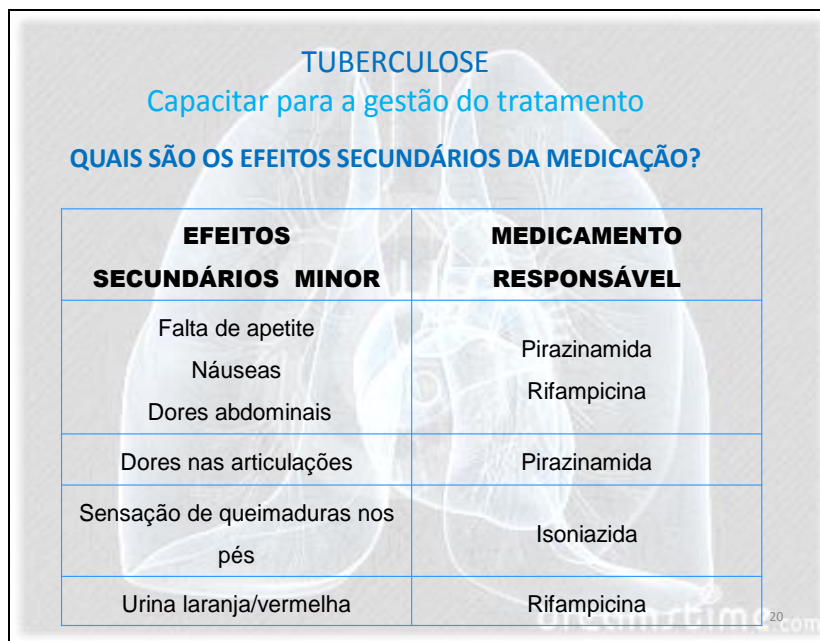
QUANTO TEMPO PODE FICAR INTERNADO?

O tempo de internamento varia de pessoa para pessoa, podendo ultrapassar os 15 dias.

Poderá ter alta, assim que o bacilo de Koch deixar de existir na expetoração, deixa de estar na fase de contágio, ou seja, após as 3 análises consecutivas de expetoração negativas.

dreamstime.com 19

Diapositivo
20



TUBERCULOSE
Capacitar para a gestão do tratamento

QUAIS SÃO OS EFEITOS SECUNDÁRIOS DA MEDICAÇÃO?

EFEITOS SECUNDÁRIOS MINOR	MEDICAMENTO RESPONSÁVEL
Falta de apetite Náuseas Dores abdominais	Pirazinamida Rifampicina
Dores nas articulações	Pirazinamida
Sensação de queimaduras nos pés	Isoniazida
Urina laranja/vermelha	Rifampicina

dreamstime.com 20

Diapositivo
21

TUBERCULOSE	
Capacitar para a gestão do tratamento	
QUAIS SÃO OS EFEITOS SECUNDÁRIOS DA MEDICAÇÃO?	
EFEITOS SECUNDÁRIOS MAJOR	MEDICAMENTO RESPONSÁVEL
Comichão e pele avermelhada	Pirazinamida, Isoniazida, Tiacetazona, Rifampicina, Estreptomicina
Surdez	Estreptomicina
Vertigens e Nistagmo (1)	Estreptomicina
Icterícia (2) e Hepatite	Isoniazida, Pirazinamida, Rifampicina
Confusão	Todos os medicamentos
Alterações Visuais	Etambutol

(1) oscilações repetidas e involuntárias rítmicas de um ou ambos os olhos.
(2) Pele amarela.

Diapositivo
22

TUBERCULOSE	
Capacitar para a gestão do tratamento	
O QUE FAZER SE SURGIREM OS EFEITOS SECUNDÁRIOS DA MEDICAÇÃO?	
Alguns destes efeitos secundários podem passar por si só, mas algumas vezes é necessário tomar medicamentos para aliviar os sintomas, tais como : administrar anti-eméticos, anti-ácidos ou anti-histamínicos, sempre com indicação médica. Por vezes, também é necessário alterar a hora da medicação e a dieta.	

Diapositivo
23



TUBERCULOSE
Capacitar para a gestão do tratamento

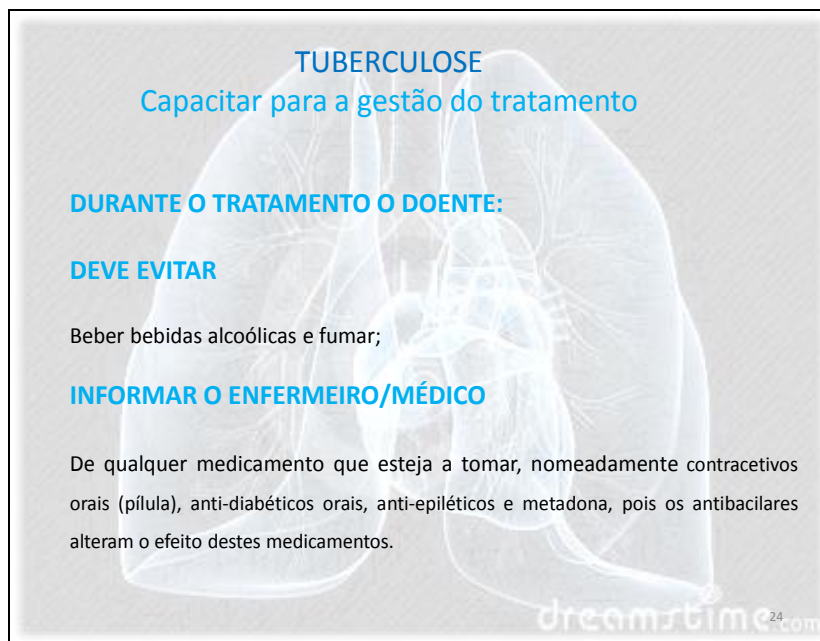
**QUANDO APRESENTAR EFEITOS SECUNDÁRIOS DA
MEDICAÇÃO**

DEVE SEMPRE

INFORMAR O ENFERMEIRO/MÉDICO.

dreamstime.com 23

Diapositivo
24



TUBERCULOSE
Capacitar para a gestão do tratamento

DURANTE O TRATAMENTO O DOENTE:

DEVE EVITAR

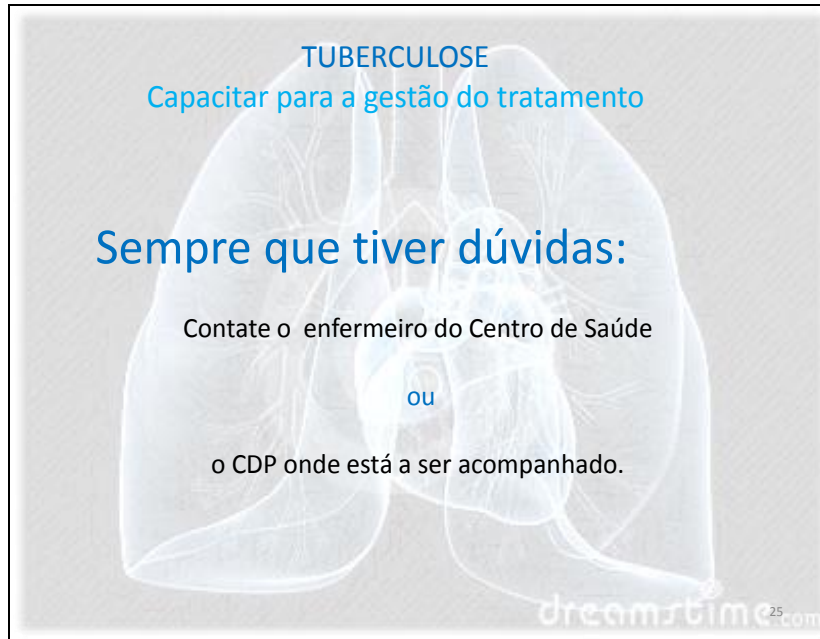
Beber bebidas alcoólicas e fumar;

INFORMAR O ENFERMEIRO/MÉDICO

De qualquer medicamento que esteja a tomar, nomeadamente contraceptivos orais (pílula), anti-diabéticos orais, anti-epiléticos e metadona, pois os antibacilares alteram o efeito destes medicamentos.

dreamstime.com 24

Diapositivo
25



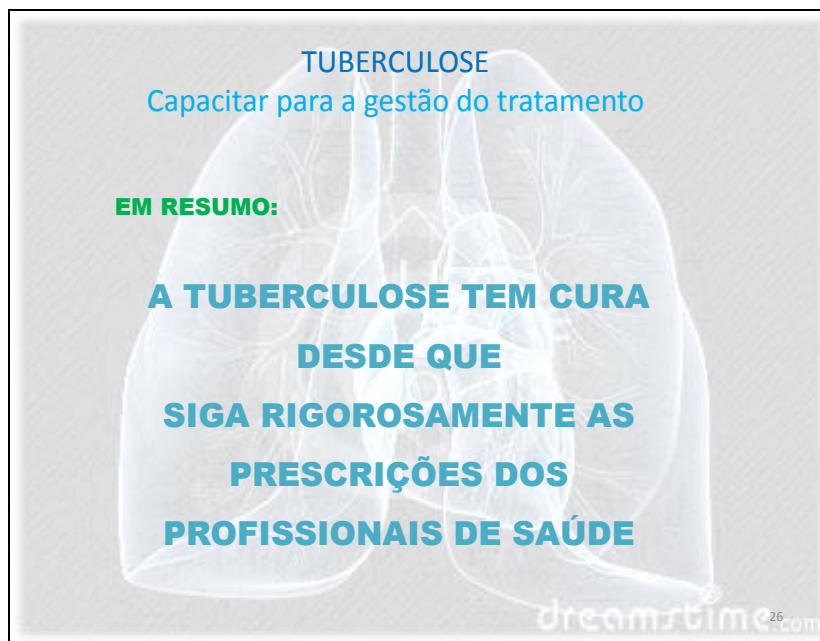
TUBERCULOSE
Capacitar para a gestão do tratamento

Sempre que tiver dúvidas:

Contate o enfermeiro do Centro de Saúde
ou
o CDP onde está a ser acompanhado.

dreamstime.com 25

Diapositivo
26



TUBERCULOSE
Capacitar para a gestão do tratamento

EM RESUMO:

**A TUBERCULOSE TEM CURA
DESDE QUE
SIGA RIGOROSAMENTE AS
PRESCRIÇÕES DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

dreamstime.com 26



Apêndice 15

Flyer “Tuberculose o que devo Saber” para utentes em regime de TOD

TUBERCULOSE

É uma doença infecciosa provocada pelo bacilo *Mycobacterium Tuberculosis* (Bacilo de Koch).

Estes bacilos podem atingir qualquer zona do organismo, mas preferencialmente atingem os **PULMÕES**.



SINTOMAS

- ➡ Tosse persistente com produção expectoração (podendo ocorrer sangue vivo na expectoração);
- ➡ Febre ao final da tarde;
- ➡ Suores noturnos;
- ➡ Dor no peito;
- ➡ Cansaço;
- ➡ Falta de apetite;
- ➡ Emagrecimento.

TRANSMISSÃO

Através do ar, pela inalação de gotículas contendo o Bacilo de Koch, expelidas pelo doente quando **TOSSE**, **FALA** ou **ESPIRRA**.



PREVENÇÃO

- ➡ Vacinando as crianças no primeiro mês de vida;
- ➡ Evitando espaços fechados e mal arejados;
- ➡ Lavando as mãos com frequência;
- ➡ Cobrindo sempre o nariz e boca com um lenço de papel, ou usando o antebraço quando espirrar ou tossir.

DIAGNÓSTICO

É feito pelo médico, através da avaliação clínica (sintomas) e exames (RX Tórax e análise da expectoração).

TRATAMENTO

Consiste numa toma diária, em jejum, de vários antibióticos específicos, em regime de TOD (toma observada diretamente), até ao final do tratamento.

O regime de tratamento mais comum dura habitualmente entre os 6 a 12 meses. A medicação é fornecida gratuitamente pelo CDP (Centro de Diagnóstico Pneumológico).

O regime de TOD, realiza-se nos Centros de Saúde onde o doente se desloca, para realizar a sua toma da medicação, fornecida e observada pelo enfermeiro.

EFEITOS SECUNDÁRIOS DA MEDICAÇÃO

EFEITOS SECUNDÁRIOS MINOR	MEDICAMENTO RESPONSÁVEL
Falta de apetite	Pirazinamida
Náuseas	Rifampicina
Dores abdominais	
Dores nas articulações	Pirazinamida
Sensação de queimaduras nos pés	Isoniazida
Urina laranja/vermelha	Rifampicina

MAIS EFEITOS SECUNDÁRIOS

EFEITOS SECUNDÁRIOS MAJOR	MEDICAMENTO RESPONSÁVEL
Comichão e pele avermelhada	Pirazinamida Isoniazida Tiacetazona Rifampicina Estreptomina
Surdez	Estreptomina
Vertigens e Nistagmo (1)	Estreptomina
Icterícia (2) e Hepatite	Isoniazida Pirazinamida Rifampicina
Confusão	Todos os medicamentos
Alterações Visuais	Etambutol

(1) oscilações repetidas e involuntárias rítmicas de um ou ambos os olhos

(2) Pele amarela

➡ **SEMPRE QUE APRESENTAR QUALQUER UM DESTES SINTOMAS DEVE INFORMAR O ENFERMEIRO/ MÉDICO**

DURANTE O TRATAMENTO O DOENTE DEVE EVITAR

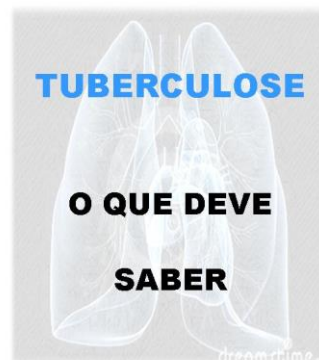
➡ **BEBER** bebidas alcoólicas e fumar;

➡ **INFORMAR O ENFERMEIRO/MÉDICO:**

De qualquer medicamento que esteja a tomar, nomeadamente metadona, anti-epiléticos, anti-diabéticos orais e pilula, pois os antibacteriais alteram o efeito destes medicamentos.



**A TUBERCULOSE
TEM CURA
SE TOMAR
CORRETAMENTE
E
RIGOROSAMENTE
A MEDICAÇÃO**



Apêndice 16

Flyer “Tuberculose o que devo Saber” para população em geral

DIAGNÓSTICO

É feito pelo médico, através da avaliação clínica (sintomas) e exames (RX Tórax e análise da expetoração).

TRATAMENTO

Através da toma correta e rigorosa de vários antibióticos específicos.

Dura habitualmente entre 6 a 12 meses.



A medicação é fornecida gratuitamente pelo CDP (Centro de Diagnóstico Pneumológico).

A TUBERCULOSE

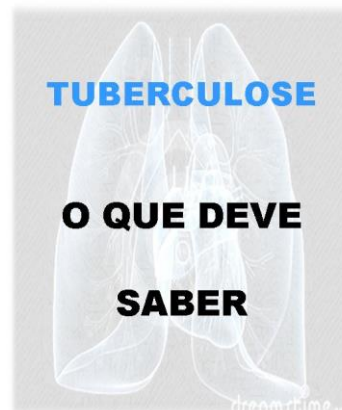
TEM CURA

SE TOMAR
CORRETAMENTE
E
RIGOROSAMENTE A
MEDICAÇÃO



TUBERCULOSE

O QUE DEVE
SABER



TUBERCULOSE

É uma doença infecciosa provocada pelo bacilo *Mycobacterium Tuberculosis* (Bacilo de Koch).

Estes bacilos podem atingir qualquer zona do organismo, mas preferencialmente atingem os **PULMÕES**.



SINTOMAS

- ➡ Tosse persistente com produção de expetoração (podendo ocorrer sangue vivo na expetoração);
- ➡ Febre ao final da tarde;
- ➡ Suores noturnos;
- ➡ Dor no peito;
- ➡ Cansaço;
- ➡ Perda de apetite;
- ➡ Emagrecimento.

TRANSMISSÃO

Através do ar, pela inalação de gotículas contendo o Bacilo de Koch, expelidas pelo doente quando **TOSSE**, **FALA** ou **ESPIRRA**.



PREVENÇÃO

- ➡ Vacinando as crianças no primeiro mês de vida;
- ➡ Evitando espaços fechados e mal arejados;
- ➡ Lavando as mãos com frequência;
- ➡ Cobrindo sempre o nariz e boca com um lenço de papel, ou usando o antebraço quando espirrar ou tossir.

QUANDO É QUE SE SUSPEITA DE TUBERCULOSE ?

Se tiver algum dos sintomas durante 3 semanas consecutivas, deve consultar o seu médico de família.

Apêndice 17

Póster “Tuberculose” para população em geral

TUBERCULOSE

O QUE É?

É uma doença infecciosa provocada pelo *Mycobacterium Tuberculosis* (Bacilo de Koch), que afeta preferencialmente os pulmões, podendo atingir também outros órgãos.

QUAIS SÃO OS SINTOMAS?

Tosse persistente com produção de expectoração (podendo ocorrer sangue vivo na expectoração), febre ao final da tarde, suores noturnos, dor no peito, cansaço, perda de apetite e emagrecimento .

COMO SE TRANSMITE?

Através do ar , pela inalação de gotículas, contendo o bacilo de Koch, expelidas pelo doente quando tosse, fala ou espirra.

COMO SE PODE PREVENIR?

- Vacinar as crianças no primeiro mês de vida;
- Evitar espaços fechados e mal arejados;
- Lavar as mãos com frequência;
- Cobrir sempre o nariz e boca com um lenço de papel, ou usar o antebraço quando espirrar ou tossir.

QUANDO É QUE SE SUSPEITA DE TUBERCULOSE?

Persistência dos sintomas durante 3 semanas.

COMO É FEITO O DIAGNÓSTICO?

É feito pelo médico, através da avaliação clínica (sintomas) e exames (RX Tórax e análise da expectoração).

COMO É O TRATAMENTO?

Através da toma correta e rigorosa de vários antibióticos. O tratamento é gratuito.

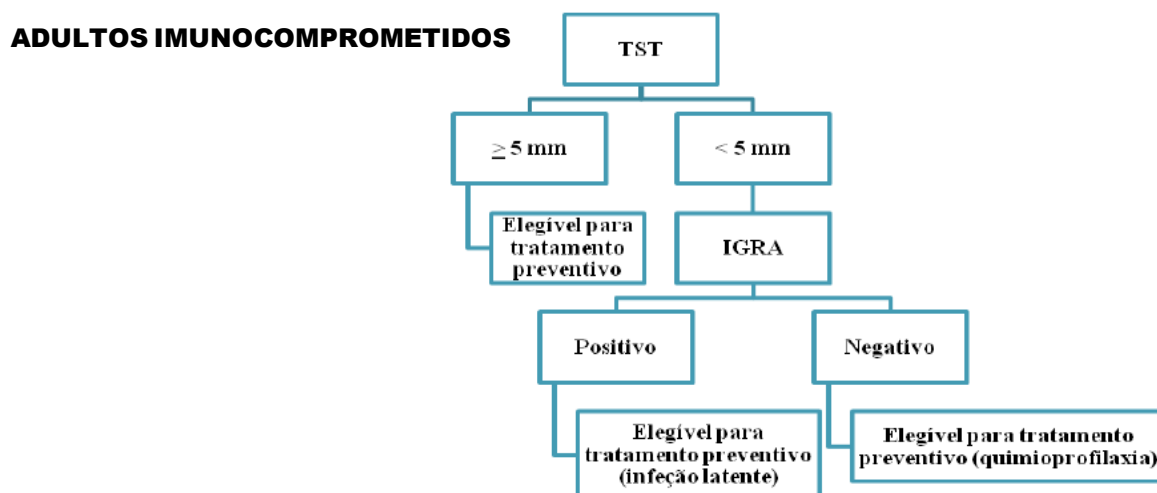
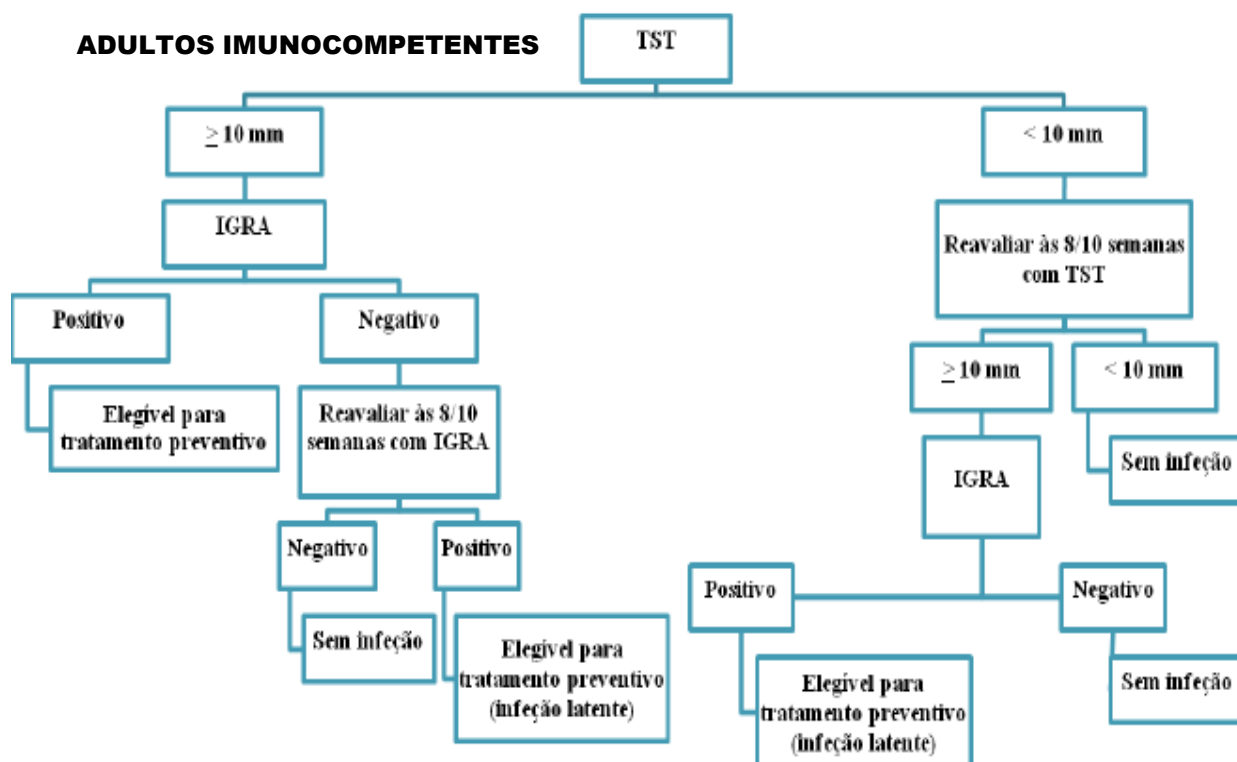
A TUBERCULOSE TEM CURA

Apêndice 18

Dois posters “Tuberculose” para enfermeiros

TUBERCULOSE

FLUXOGRAMA DE INTERPRETAÇÃO DO TST E IGRA



REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA: DGS (2013). Programa Nacional para a Tuberculose - Manual de Boas Práticas de Enfermagem em Tuberculose.

Apêndice 19

Plano de 7 Sessões de Formação em Serviço

Plano de 7 Sessões de Formação em Serviço

Data : Entre Janeiro e Fevereiro de 2015

Hora: Hora a definir com cada unidade de saúde

Duração: 45 minutos

Local: Em sete unidades do ACES Lisboa Central

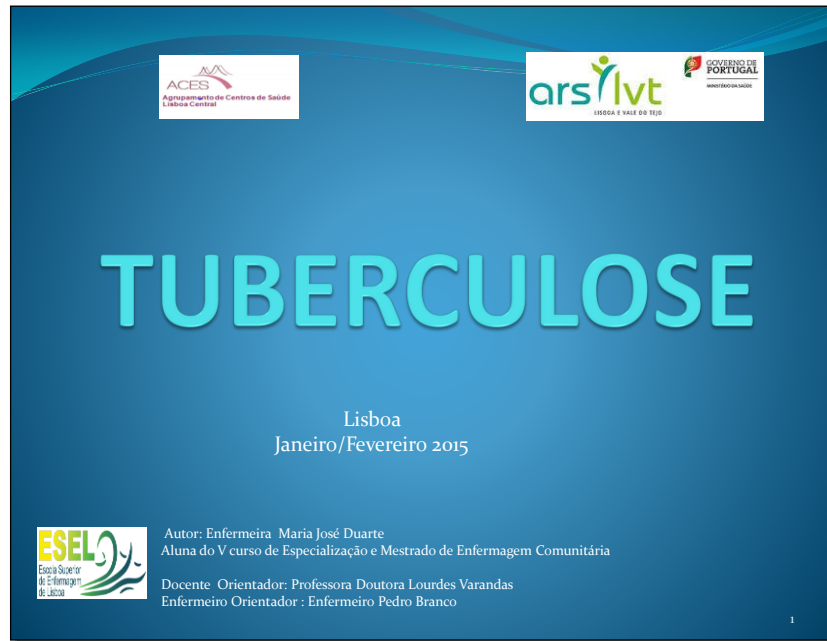
População alvo: Enfermeiros das unidades de saúde

	Atividades	Método	Tempo	Avaliação
Introdução	Apresentação dos objetivos e partes constituintes da sessão	Expositivo	5 Minutos	
Desenvolvimento	Sensibilizar a equipa de enfermagem para a temática da tuberculose	Expositivo Interrogativo Interativo	30 Minutos	Participação de pelo menos 50% dos enfermeiros
Conclusão	Esclarecimento de dúvidas	Interativo	10 Minutos	Participação de 50% dos enfermeiros na Avaliação da sessão por um Questionário

Apêndice 20

Formação em serviço

Diapositivo 1



ACES
Agrupamento de Centros de Saúde
Lisboa Central

arsylvt
LISBOA E VALE DO TEJO

GOVERNO DE
PORTUGAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE

TUBERCULOSE

Lisboa
Janeiro/Fevereiro 2015

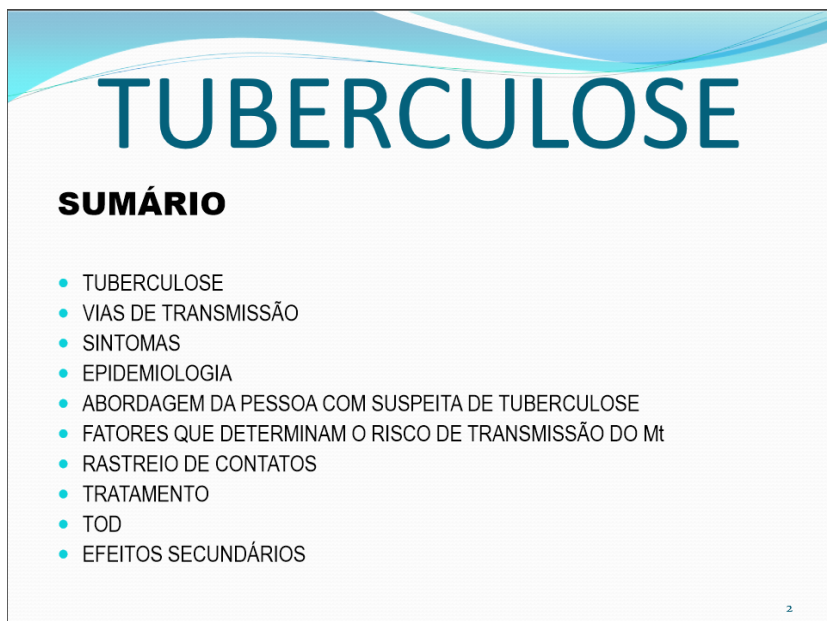
ESELO
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Autor: Enfermeira Maria José Duarte
Aluna do V curso de Especialização e Mestrado de Enfermagem Comunitária

Docente Orientador: Professora Doutora Lourdes Varandas
Enfermeiro Orientador : Enfermeiro Pedro Branco

1

Diapositivo 2



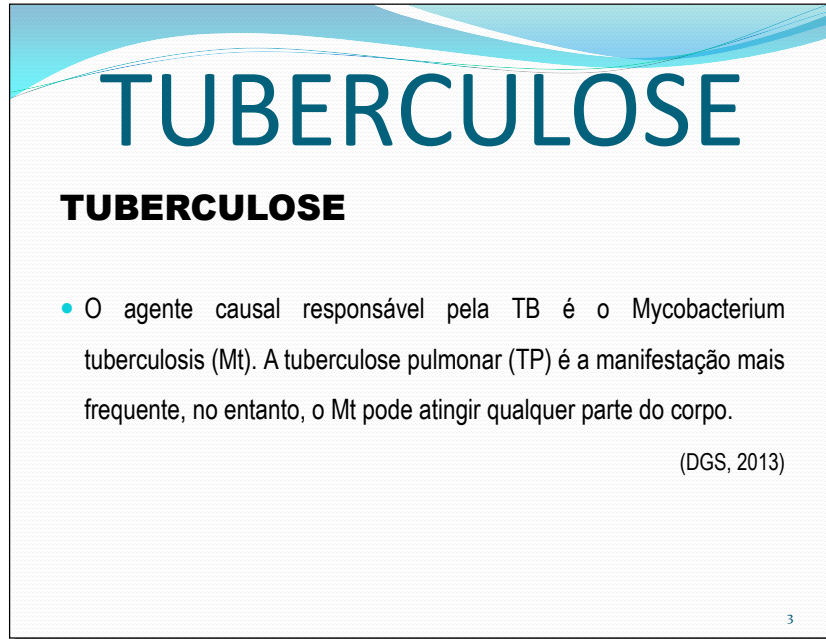
TUBERCULOSE

SUMÁRIO

- TUBERCULOSE
- VIAS DE TRANSMISSÃO
- SINTOMAS
- EPIDEMIOLOGIA
- ABORDAGEM DA PESSOA COM SUSPEITA DE TUBERCULOSE
- FATORES QUE DETERMINAM O RISCO DE TRANSMISSÃO DO Mt
- RASTREIO DE CONTATOS
- TRATAMENTO
- TOD
- EFEITOS SECUNDÁRIOS

2

Diapositivo 3

The slide features a blue header with a white wavy line. The title 'TUBERCULOSE' is in large, bold, blue capital letters. Below it, the subtitle 'TUBERCULOSE' is in smaller, bold, black capital letters. A single bullet point in blue text describes the causative agent and the most common manifestation. The source '(DGS, 2013)' is at the bottom right, and a small number '3' is in the bottom right corner.

TUBERCULOSE

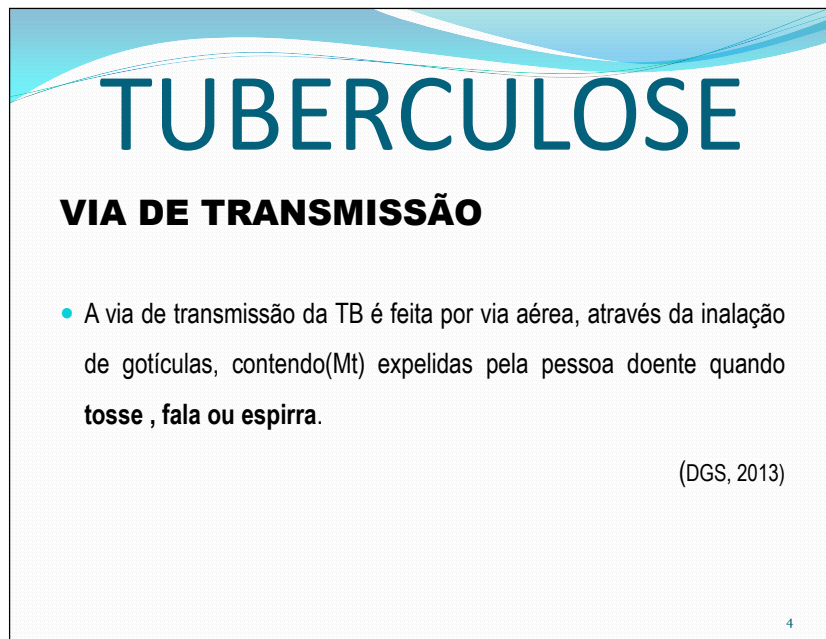
TUBERCULOSE

- O agente causal responsável pela TB é o *Mycobacterium tuberculosis* (Mt). A tuberculose pulmonar (TP) é a manifestação mais frequente, no entanto, o Mt pode atingir qualquer parte do corpo.

(DGS, 2013)

3

Diapositivo 4

The slide features a blue header with a white wavy line. The title 'TUBERCULOSE' is in large, bold, blue capital letters. Below it, the subtitle 'VIA DE TRANSMISSÃO' is in smaller, bold, black capital letters. A single bullet point in blue text describes the transmission route. The source '(DGS, 2013)' is at the bottom right, and a small number '4' is in the bottom right corner.

TUBERCULOSE

VIA DE TRANSMISSÃO

- A via de transmissão da TB é feita por via aérea, através da inalação de gotículas, contendo(Mt) expelidas pela pessoa doente quando **tosse , fala ou espirra.**

(DGS, 2013)

4

Diapositivo 5

TUBERCULOSE

SINTOMAS

- ➡ Tosse persistente com expectoração (podendo ocorrer sangue vivo na expectoração);
- ➡ Febrícula vespertina;
- ➡ Sudorese noturna;
- ➡ Astenia;
- ➡ Anorexia;
- ➡ Emagrecimento.

(DGS, 2013)

5

Diapositivo 6

TUBERCULOSE

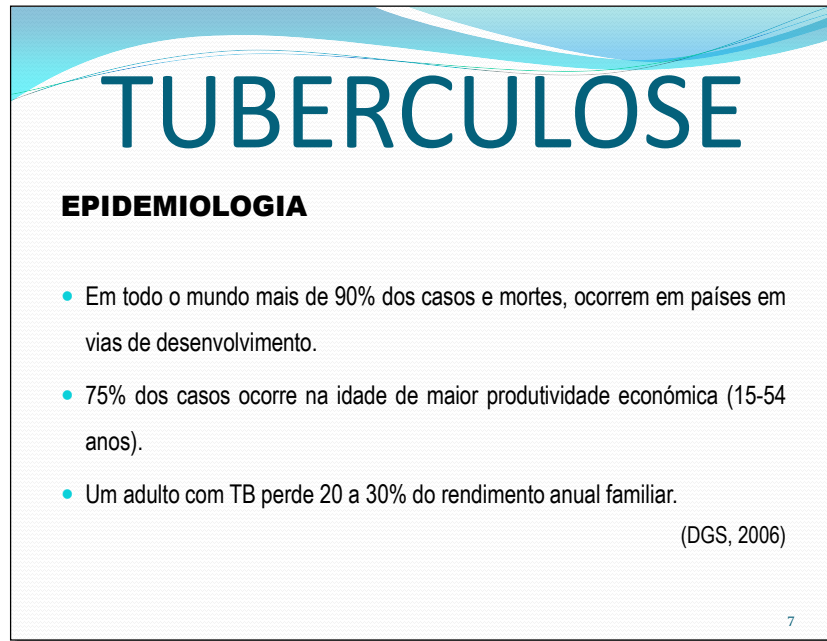
EPIDEMIOLOGIA

- Quase um terço da população mundial (2 bilhões de pessoas), está infectado com o Mt e em risco de desenvolverem a doença.
- Anualmente mais de 8 milhões desenvolvem TB ativa, dos quais 2 milhões vêm a morrer.
- A co-infecção com o VIH, aumenta significativamente o risco de vir a desenvolver TB.

(DGS, 2006)

6

Diapositivo 7



TUBERCULOSE

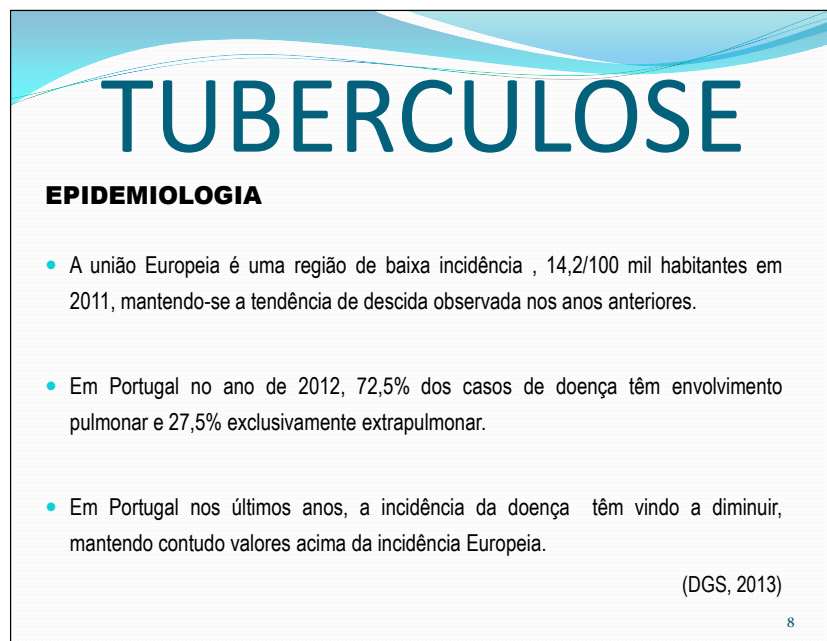
EPIDEMIOLOGIA

- Em todo o mundo mais de 90% dos casos e mortes, ocorrem em países em vias de desenvolvimento.
- 75% dos casos ocorre na idade de maior produtividade económica (15-54 anos).
- Um adulto com TB perde 20 a 30% do rendimento anual familiar.

(DGS, 2006)

7

Diapositivo 8



TUBERCULOSE

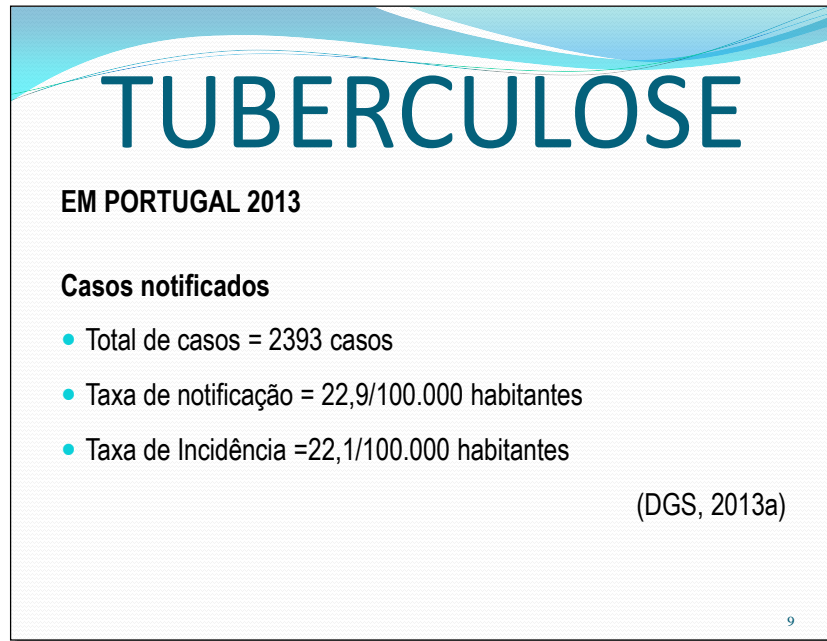
EPIDEMIOLOGIA

- A união Europeia é uma região de baixa incidência , 14,2/100 mil habitantes em 2011, mantendo-se a tendência de descida observada nos anos anteriores.
- Em Portugal no ano de 2012, 72,5% dos casos de doença têm envolvimento pulmonar e 27,5% exclusivamente extrapulmonar.
- Em Portugal nos últimos anos, a incidência da doença têm vindo a diminuir, mantendo contudo valores acima da incidência Europeia.

(DGS, 2013)

8

Diapositivo 9



TUBERCULOSE

EM PORTUGAL 2013

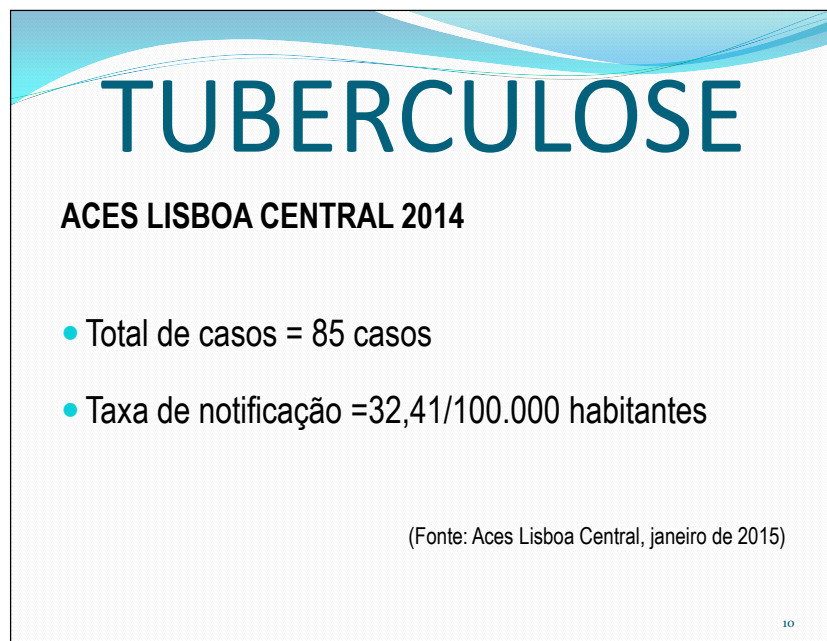
Casos notificados

- Total de casos = 2393 casos
- Taxa de notificação = 22,9/100.000 habitantes
- Taxa de Incidência = 22,1/100.000 habitantes

(DGS, 2013a)

9

Diapositivo
10



TUBERCULOSE

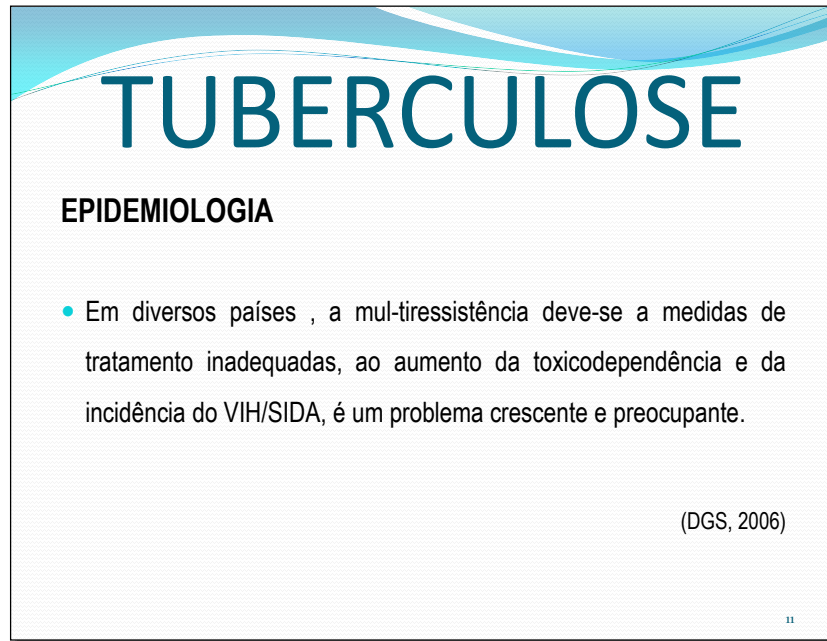
ACES LISBOA CENTRAL 2014

- Total de casos = 85 casos
- Taxa de notificação = 32,41/100.000 habitantes

(Fonte: Aces Lisboa Central, janeiro de 2015)

10

Diapositivo
11



TUBERCULOSE

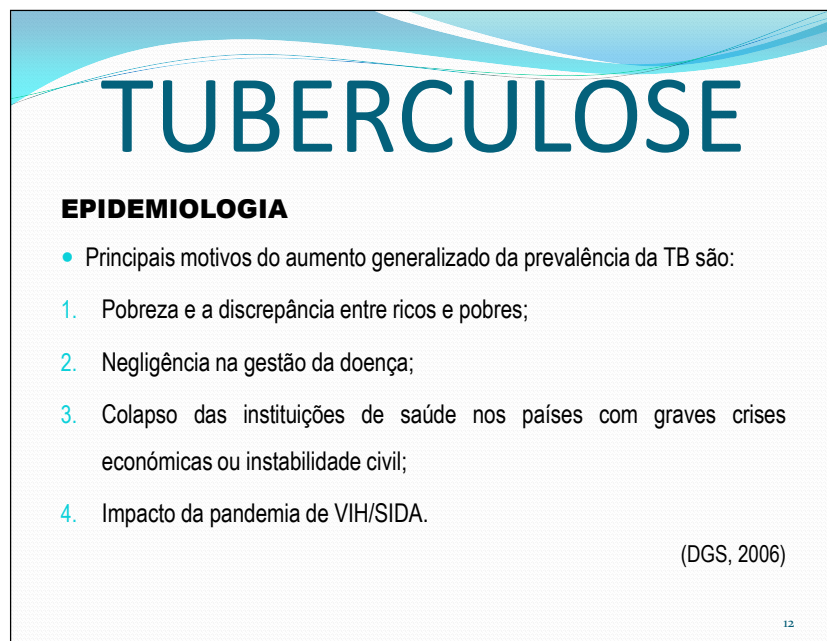
EPIDEMIOLOGIA

- Em diversos países , a mul-tiressistência deve-se a medidas de tratamento inadequadas, ao aumento da toxicodependência e da incidência do VIH/SIDA, é um problema crescente e preocupante.

(DGS, 2006)

11

Diapositivo
12



TUBERCULOSE

EPIDEMIOLOGIA

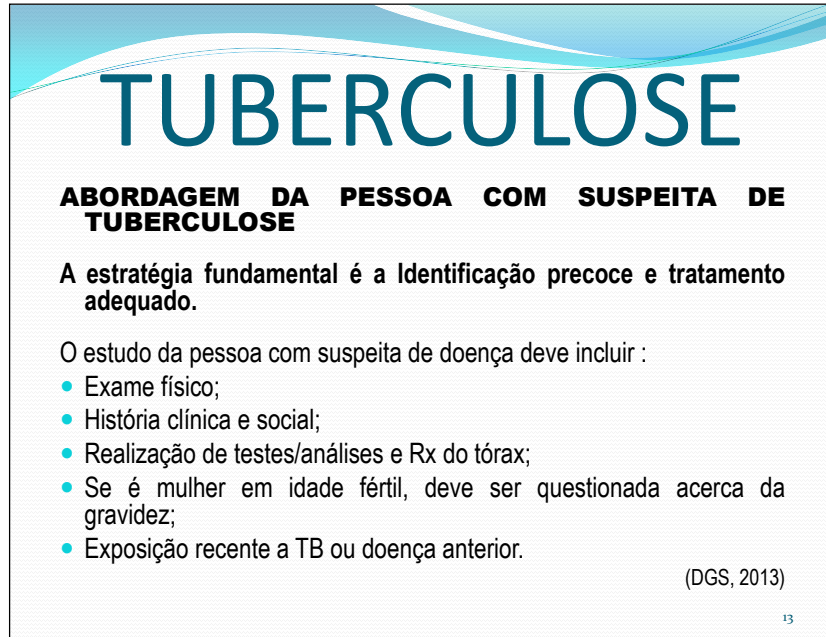
- Principais motivos do aumento generalizado da prevalência da TB são:

1. Pobreza e a discrepância entre ricos e pobres;
2. Negligência na gestão da doença;
3. Colapso das instituições de saúde nos países com graves crises económicas ou instabilidade civil;
4. Impacto da pandemia de VIH/SIDA.

(DGS, 2006)

12

Diapositivo
13



TUBERCULOSE

ABORDAGEM DA PESSOA COM SUSPEITA DE TUBERCULOSE

A estratégia fundamental é a identificação precoce e tratamento adequado.

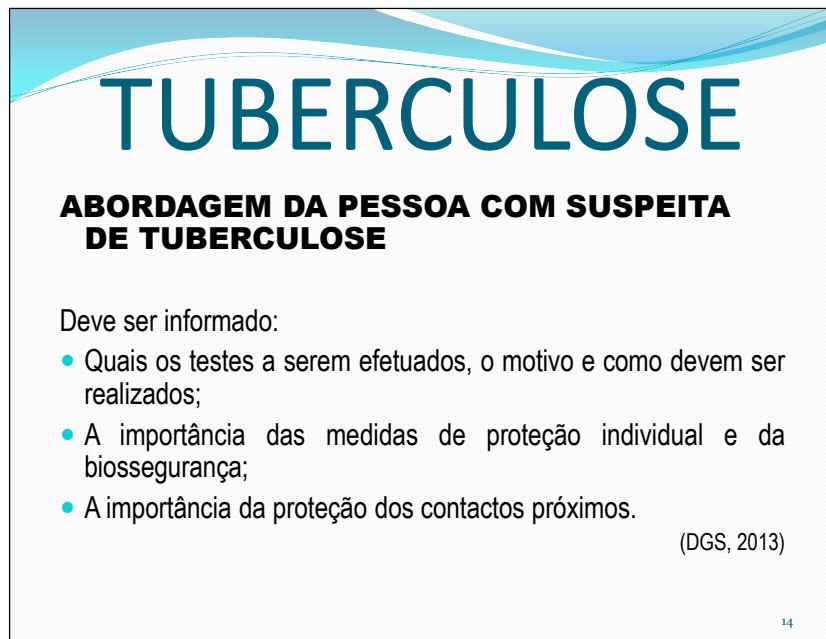
O estudo da pessoa com suspeita de doença deve incluir :

- Exame físico;
- História clínica e social;
- Realização de testes/análises e Rx do tórax;
- Se é mulher em idade fértil, deve ser questionada acerca da gravidez;
- Exposição recente a TB ou doença anterior.

(DGS, 2013)

13

Diapositivo
14



TUBERCULOSE

ABORDAGEM DA PESSOA COM SUSPEITA DE TUBERCULOSE

Deve ser informado:

- Quais os testes a serem efetuados, o motivo e como devem ser realizados;
- A importância das medidas de proteção individual e da biossegurança;
- A importância da proteção dos contactos próximos.

(DGS, 2013)

14

Diapositivo
15

TUBERCULOSE

ABORDAGEM DA PESSOA COM SUSPEITA DE TUBERCULOSE

- **IDENTIFICAÇÃO DE GRUPOS DE RISCO**

Duas categorias:

- Risco de se infectarem com o *M. tuberculosis*;
- Risco de desenvolverem a doença TB, após a infecção com *M. tuberculosis*.

(DGS, 2013)

15

Diapositivo
16

TUBERCULOSE

Pessoas com risco acrescido para a infecção e doença por *Mycobacterium Tuberculosis*

Pessoas com risco de infecção por <i>Mycobacterium tuberculosis</i>	Pessoas com risco de desenvolverem a doença após infecção por <i>Mycobacterium tuberculosis</i>
1. Contactos próximos de pessoas com TB contagiosa;	1. Pessoas infetadas com VIH;
2. Pessoas que tiveram conversão tuberculínica nos últimos 2 anos;	2. Pessoas com evidência de lesões antigas de TB não tratada;
3. Pessoas que imigraram nos últimos 5 anos de países com alta incidência de TB (ex: Ásia, África, Rússia, Europa Oriental, América Latina);	3. Pessoas com co-morbilidades, como silicose, insuficiência renal crónica, diabetes <i>mellitus</i> , neoplasia, artrite reumatoide;
4. Pessoas com estadia superior a 1 mês em áreas com alta incidência de TB;	4. Pessoas com medicação imunossupressora (corticoterapia prolongada - o equivalente a > 15 mg/dia de prednisolona por um período superior a um mês, ou outros fármacos imunossupressores);
5. Pessoas que trabalham em locais onde a exposição à TB é frequente (hospitais, prisões, abrigos, lares, laboratórios de TB);	5. Pessoas com terapêutica anti-TNF α ;
6. Pessoas consumidoras de drogas.	6. Crianças com menos de 6 anos.

Adaptado: Duarte, Vilar, Carvalho (2010)⁶

(DGS, 2013)

16

Diapositivo
17



TUBERCULOSE

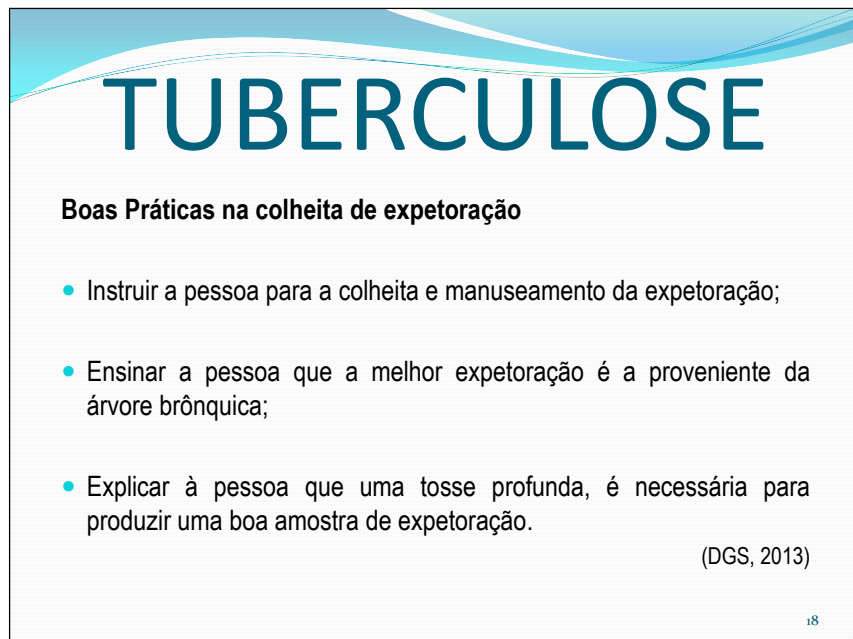
ABORDAGEM DA PESSOA COM SUSPEITA DE TUBERCULOSE

- O Gold Standard do diagnóstico de TB, é a identificação do *Mycobacterium Tuberculosis*

(DGS, 2013)

17

Diapositivo
18



TUBERCULOSE

Boas Práticas na colheita de expectoração

- Instruir a pessoa para a colheita e manuseamento da expectoração;
- Ensinar a pessoa que a melhor expectoração é a proveniente da árvore brônquica;
- Explicar à pessoa que uma tosse profunda, é necessária para produzir uma boa amostra de expectoração.

(DGS, 2013)

18

TUBERCULOSE

Boas Práticas na colheita de expetoração

A pessoa deve:

- Beber copo de água antes de ir dormir;
- Não comer, beber, fumar ou escovar os dentes antes da recolha;
- Passar a boca por água, em jejum (eliminar resíduos de comida);
- Ir para o ar livre ou perto de uma janela aberta ;
- Fechar o frasco, colocar no frigorífico até juntar 3 colheitas (não congelar);
- Repetir este procedimento durante 3 dias seguidos;
- Recolher expetoração uma vez por dia;
- Lavar as mãos com água e sabão antes e após a colheita;
- Após as 3 colheitas enviar de imediato para o laboratório.

(DGS, 2013)

19

TUBERCULOSE

Boas Práticas na colheita de expetoração

- Volume ideal 5 a 10 ml frasco, com boca larga e tampa de rosca de capacidade de 30 a 50 ml.
- Duas amostras de expetoração consecutivas (mesmo dia), é equivalente em termos de precisão de diagnóstico, à estratégia convencional de três amostras de microscopia.

(DGS, 2013)

20

Diapositivo
21

TUBERCULOSE

FATORES QUE DETERMINAM O RISCO DE TRANSMISSÃO DO M_t

Objetivos do rastreio:

- Reduzir a morbilidade e a mortalidade pela identificação precoce e tratamento do contatos com TB;
- Prevenir a transmissão subsequente, pela deteção precoce de fontes secundárias possíveis;
- Contribuir para a eliminação da TB, pela prevenção de casos futuros através da deteção e tratamento profilático dos contatos infetados.

(DGS, 2013)₂₁

Diapositivo
22

TUBERCULOSE

FATORES QUE DETERMINAM O RISCO DE TRANSMISSÃO DO M_t

- 1 - Características do doente (infecciosidade caso índice);
- 2 - Características dos contactos próximos;
- 3 - Características dos locais de transmissão.

(DGS, 2013)

22

TUBERCULOSE

FATORES QUE DETERMINAM O RISCO DE TRANSMISSÃO DO M^t

1 - INFECCIOSIDADE DO CASO ÍNDICE

LOCALIZAÇÃO:

- Apenas a TB Pulmonar e a das vias respiratórias, é contagiosa (Pleural, linfática, intratorácica, laríngea).
- TB extrapulmonar isolada, não requer investigação de contactos. Excluir envolvimento pulmonar concomitante (RX e bacteriologia).

(DGS, 2013)

23

TUBERCULOSE

1 - Infeciosidade do caso índice

O período de infecciosidade, é o período em que ocorre maior probabilidade de transmissão de doença. Pode ser estimado de acordo com o seguinte:

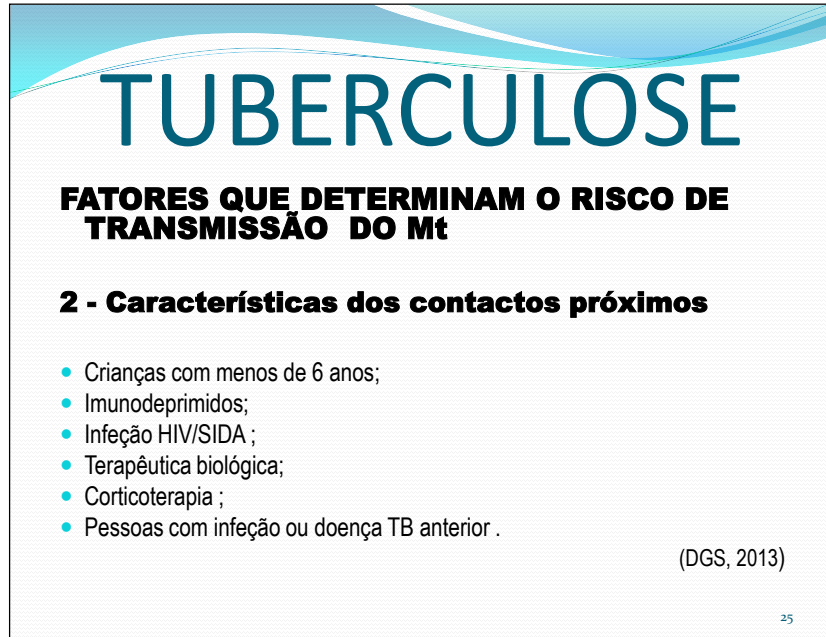
Caraterísticas			Recomendações mínimas para determinar o período de infecciosidade
Sintomas TB	Baciloscopia positiva	Rx cavitado	
sim	não	não	3 meses antes do início dos sintomas, Rx pulmonar suspeito ou data da colheita do produto biológico em que foi identificado o agente da TB (o que ocorrer primeiro)
sim	sim	sim	3 meses antes do início dos sintomas, Rx pulmonar suspeito ou data da colheita do produto biológico em que foi identificado o agente da TB (o que ocorrer primeiro)
não	não	não	4 semanas antes da data em que teve início a suspeita da TB
não	sim	sim	3 meses antes do primeiro resultado positivo que levou à suspeita da TB

Adaptado: CDC (2005)²³

(DGS, 2013)

24

Diapositivo
25



TUBERCULOSE

FATORES QUE DETERMINAM O RISCO DE TRANSMISSÃO DO Mtb

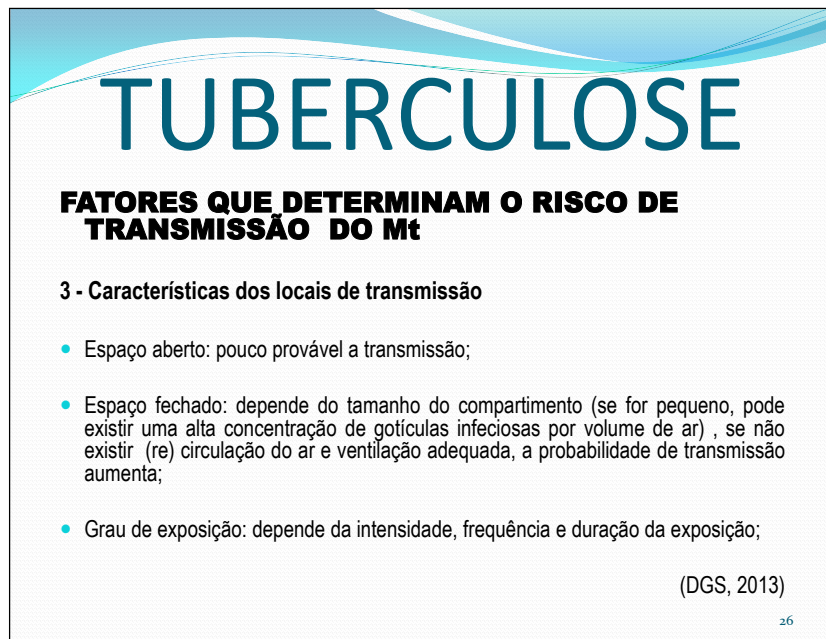
2 - Características dos contactos próximos

- Crianças com menos de 6 anos;
- Imunodeprimidos;
- Infecção HIV/SIDA ;
- Terapêutica biológica;
- Corticoterapia ;
- Pessoas com infecção ou doença TB anterior .

(DGS, 2013)

25

Diapositivo
26



TUBERCULOSE

FATORES QUE DETERMINAM O RISCO DE TRANSMISSÃO DO Mtb

3 - Características dos locais de transmissão

- Espaço aberto: pouco provável a transmissão;
- Espaço fechado: depende do tamanho do compartimento (se for pequeno, pode existir uma alta concentração de gotículas infecciosas por volume de ar) , se não existir (re) circulação do ar e ventilação adequada, a probabilidade de transmissão aumenta;
- Grau de exposição: depende da intensidade, frequência e duração da exposição;

(DGS, 2013)

26

Diapositivo
27

TUBERCULOSE

FATORES QUE DETERMINAM O RISCO DE TRANSMISSÃO DO M^t

Fim do período de infecciosidade

- Baciloscopias negativas (3 consecutivas);
- Tratamento eficaz há mais de duas semanas;
- Melhoria Clínica.

(DGS, 2013)

27

Diapositivo
28

TUBERCULOSE

FATORES QUE DETERMINAM O RISCO DE TRANSMISSÃO DO M^t

Risco de infeção e doença TB

- As pessoas que tiveram contacto com pessoas com tuberculose ativa:
- 30 a 40% das pessoas, ficam com doença latente;
- 5 a 10% das pessoas, desenvolvem a doença em algum momento da sua vida.

O risco de doença, é mais elevado durante os 2 primeiros anos após a infeção.

(DGS, 2013)

28

Diapositivo
29

TUBERCULOSE

FATORES QUE DETERMINAM O RISCO DE TRANSMISSÃO DO Mt

O rastreio de contactos, efetua-se se:

- Tuberculose Pulmonar;
- Tuberculose Laringea;
- Tuberculose pleural;
- Tuberculose Linfática;
- Tuberculose Intratorácica.

(DGS, 2013)

29

Diapositivo
30

TUBERCULOSE

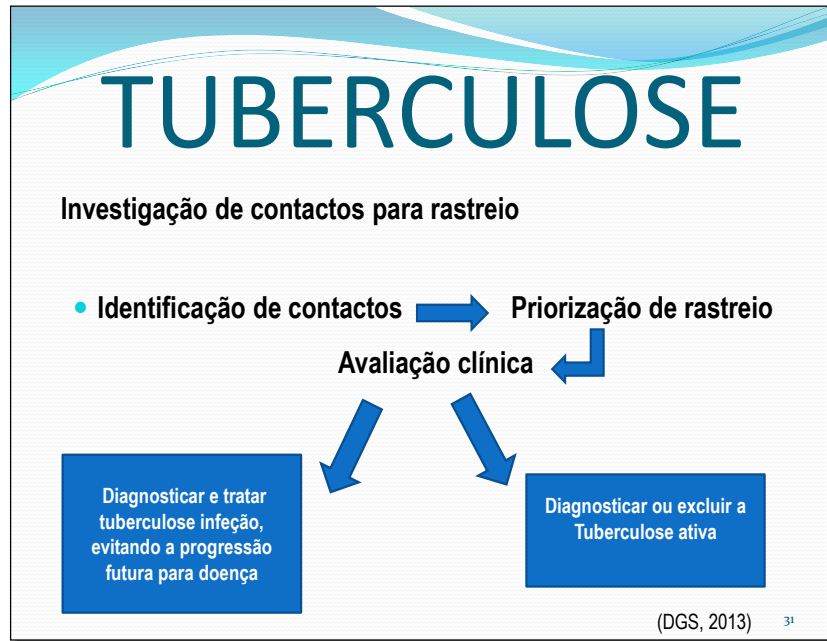
Definição de contacto

- *“São definidos como contactos próximos as pessoas com **8 ou mais horas cumulativas de contacto, nos casos em que o doente tem baciloscopia positiva, ou com 40 ou mais horas cumulativas de contacto nos casos em que o doente tem baciloscopia negativa.**”*

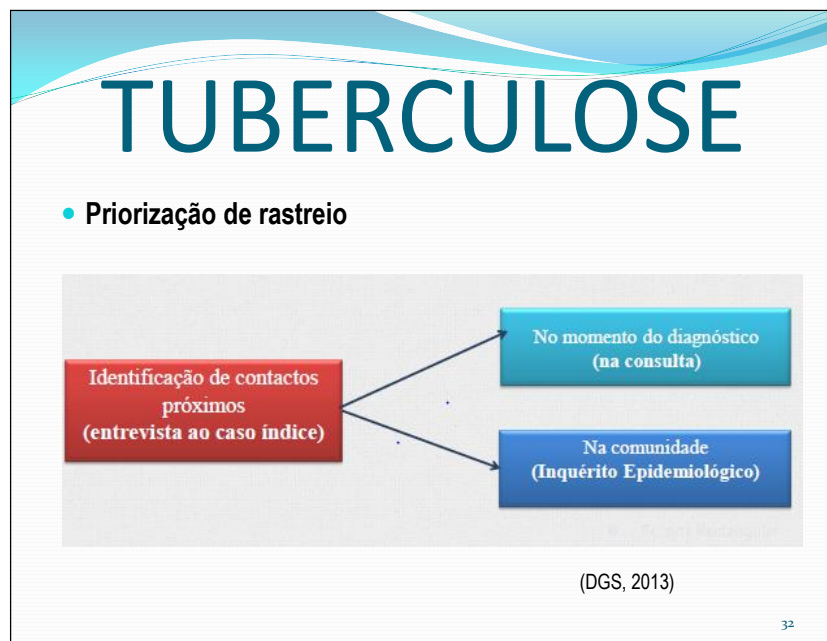
(DGS, 2013)

30

Diapositivo
31



Diapositivo
32



TUBERCULOSE

Priorização de rastreio

1º CÍRCULO → Co-habitantes contatos próximos → -Exposição cumulativa > 8h se baciloscopia +
-Exposição cumulativa >40h se baciloscopia -

2º CÍRCULO → Contatos casuais → - Amigos/Familiares/Colegas de Trabalho/Escola/Membros de equipa/Associação/Viajantes de lugares adjacentes em voo>8h

3º CÍRCULO → Contatos na comunidade

(DGS, 2013)

33

TUBERCULOSE

Priorização de rastreio

Alta prioridade de rastreio

- Crianças
- Imunodeprimidos:
 - Infetados com HIV
 - Medicação imunossupressora
 - Medicação biológica

(DGS, 2013)

34

TUBERCULOSE

RASTREIO

Em que consiste?

- Inquérito de sintomas e Radiografia pulmonar, para exclusão de tuberculose ativa
- TST e IGRA, para avaliar a existência de resposta imunológica adaptativa ao Mt e diagnosticar a infeção de tuberculose latente

(DGS, 2013)

35

TUBERCULOSE

Pesquisa de tuberculose ativa

```
graph LR; A[Inquérito de sintomas  
Radiografia pulmonar] --> B[Suspeita de Tuberculose?]; B -- Sim --> C[Pesquisa de doença]; B -- Não --> D[Pesquisa de infeção]
```

(DGS, 2013)

36

Diapositivo
37

TUBERCULOSE

Investigação de Tuberculose Infeção

Teste de sensibilidade à Tuberculina (TST)

- **Conservação:** Entre 4 e 8 ° C, não pode ser congelada nem exposta à luz solar;
- **Via de administração:** intradérmica;
- **Dose:** 0,1 ml de tuberculina = 2 UT (Unidades de Tuberculina);
- **Local de administração:** terço médio da face anterior do antebraço esquerdo
- A pápula da injeção deve ter 6 a 10 mm;
- Instruir a pessoa, que deve evitar arranhar, colocar cremes ou gelo;
- Detecção de positividade, 6 a 8 semanas após a infeção.

(DGS, 2013)

37

Diapositivo
38

TUBERCULOSE

Investigação de Tuberculose infeção

Teste de sensibilidade à Tuberculina (TST)

- Medição da enduração cutânea, resultado da reação da hipersensibilidade tardia entre as 48/72h;
- Inspeccionar o local bem iluminado;
- Palpar a enduração com as pontas dos dedos, para identificar as margens da enduração;
- Medir a enduração (formação rígida, densa e elevada), no diâmetro transversal
- Não medir o eritema;
- Se não existir enduração, colocar "0";
- Não registar como positivo ou negativo;
- Registrar, a medição apenas em mm.

Falsos positivos : vacinação do BCG e micobactérias ambientais.

(DGS, 2013)

38

Diapositivo
39

TUBERCULOSE

Investigação de Tuberculose infeção

Interferon-Gamma Release Assay (IGRA)

- Avalia a produção do interferão IFN γ , em resposta à estimulação por antígenos específicos do Mt ;
- Comparação com controlo positivo ou negativo;
- Detecção de resposta imune, entre as 2 a 8 semanas após a infeção;
- Mais sensível e mais específico que o TST.

(DGS, 2013)

39

Diapositivo
40

TUBERCULOSE

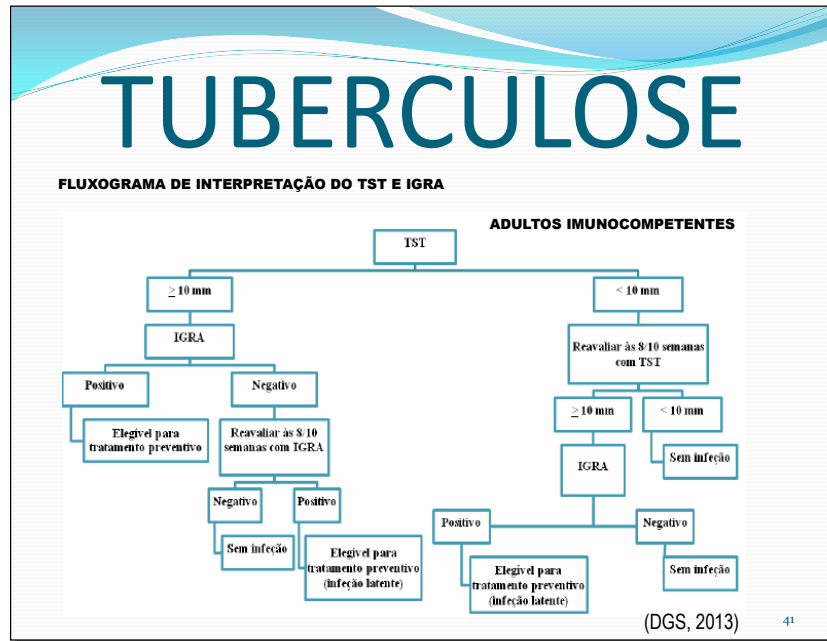
Características dos testes

- IGRA, tem maior especificidade que o TST;
- A sensibilidade do TST e IGRA, são sobreponíveis;
- Em contexto de rastreio de contactos o TST > 15 mm, tem bom valor preditivo positivo.
- Em doentes imuno-comprometidos, os dois testes têm sensibilidade comprometida.
- Nas pessoas expostas a Mt, a reação (TST/IGRA) só tem tradução entre as 3 a 8 semanas.

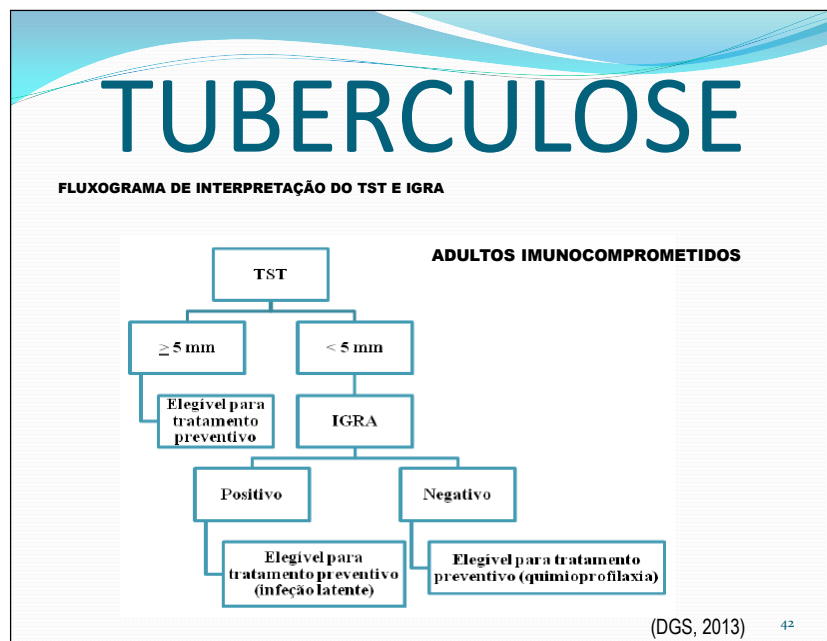
(DGS, 2013)

40

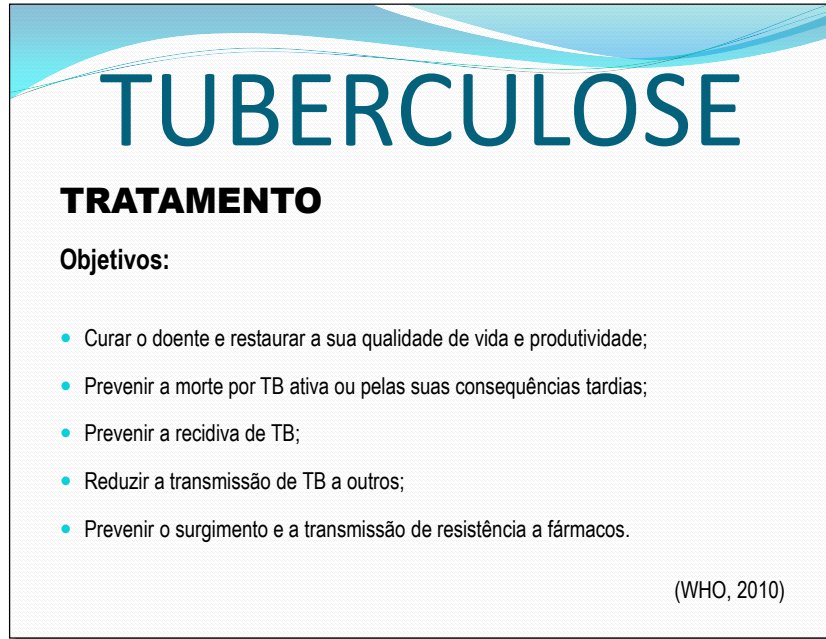
Diapositivo
41



Diapositivo
42



Diapositivo
43



TUBERCULOSE

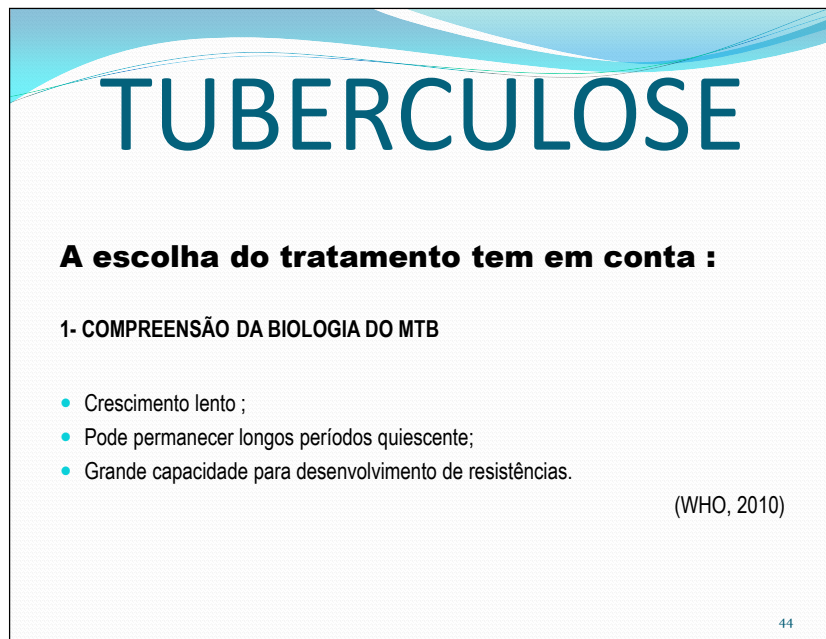
TRATAMENTO

Objetivos:

- Curar o doente e restaurar a sua qualidade de vida e produtividade;
- Prevenir a morte por TB ativa ou pelas suas consequências tardias;
- Prevenir a recidiva de TB;
- Reduzir a transmissão de TB a outros;
- Prevenir o surgimento e a transmissão de resistência a fármacos.

(WHO, 2010)

Diapositivo
44



TUBERCULOSE

A escolha do tratamento tem em conta :

1- COMPREENSÃO DA BIOLOGIA DO MTB

- Crescimento lento ;
- Pode permanecer longos períodos quiescente;
- Grande capacidade para desenvolvimento de resistências.

(WHO, 2010)

44

Diapositivo
45

TUBERCULOSE

A escolha do tratamento tem em conta :

2 - CARATERÍSTICAS DO DOENTE

- Idade;
- Co-morbididades (ex: doença hepática);
- Fatores de risco para resistência (ex: VIH);
- Antecedentes de TB (caso novo vs retratamento);

3 - PADRÃO DE SUSCETIBILIDADE DO MTB (INDIVÍDUO E COMUNIDADE)

4 - ATIVIDADE ESPECÍFICA DOS FÁRMACOS

(WHO, 2010) 45

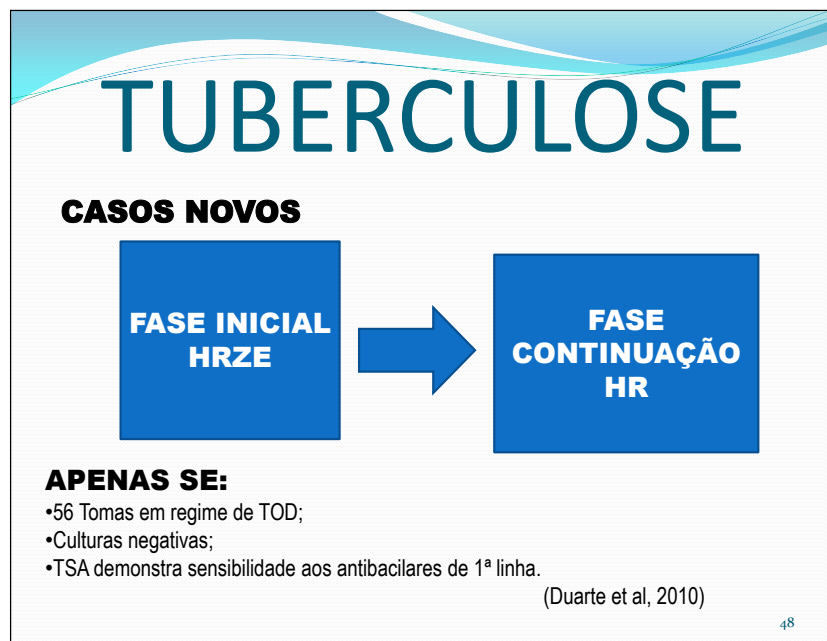
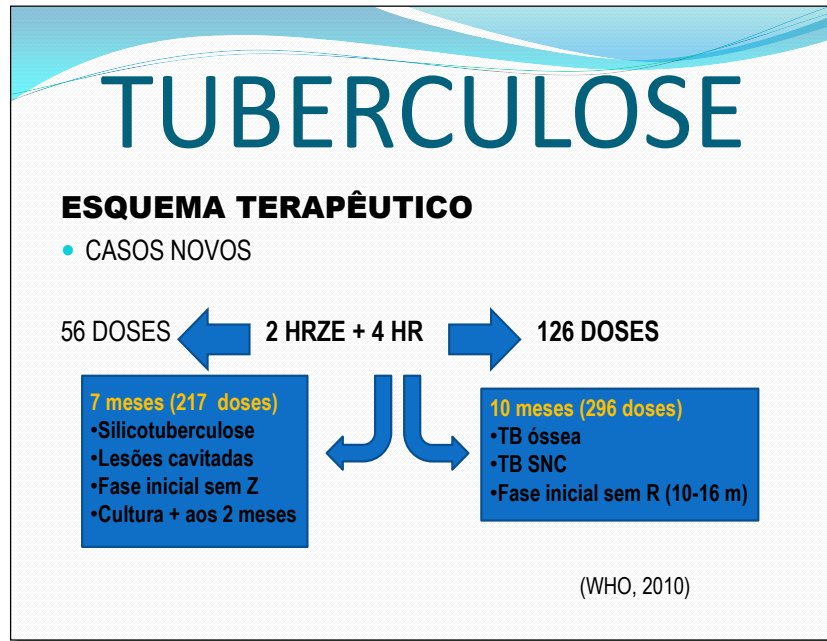
Diapositivo
46

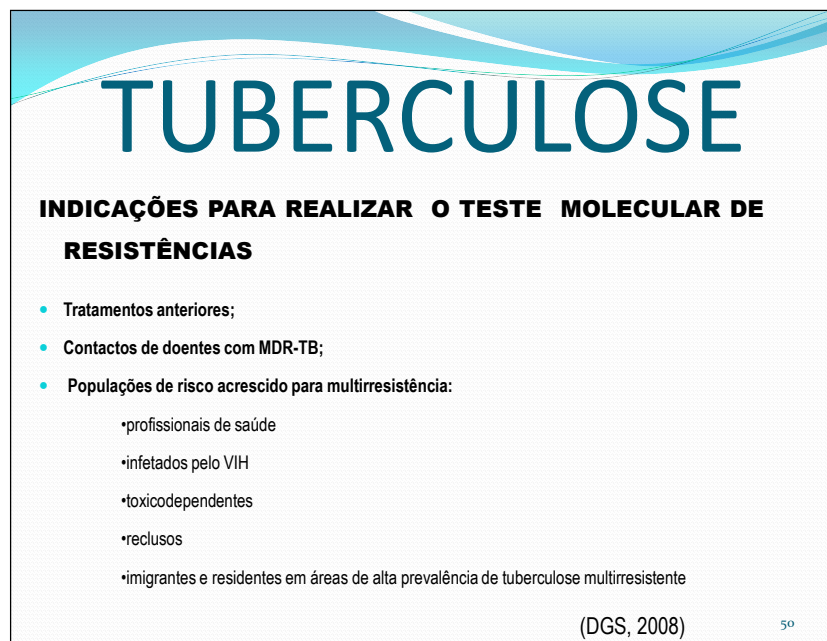
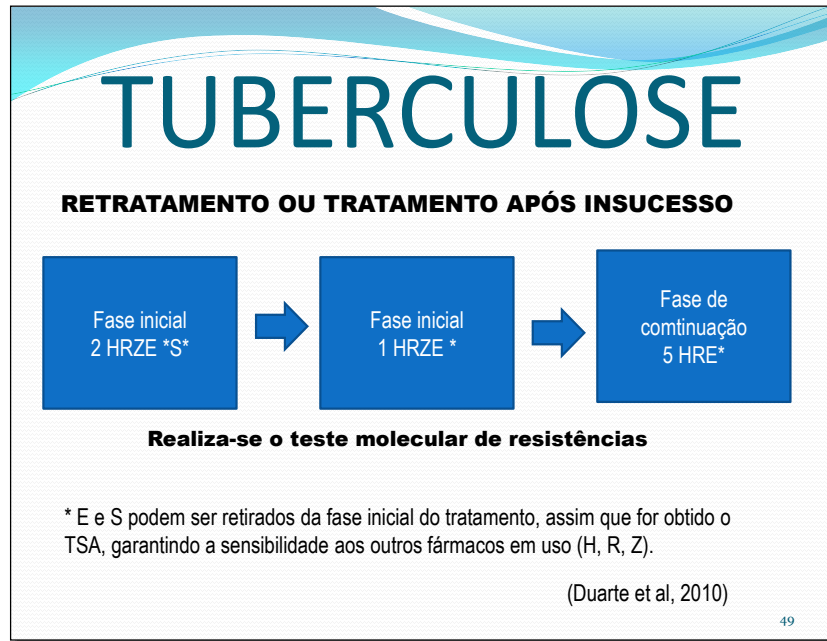
TUBERCULOSE

PRINCÍPIOS DO TRATAMENTO

- Poliquimioterapia ;
- Administração diária em toma única e preferencialmente em jejum ;
- Toma Observada Diretamente (TOD);
- Tratamento gratuito ;
- Tratamento prolongado (mínimo 6 meses):
 - FASE INICIAL:** morte rápida dos bacilos e melhoria dos sintomas;
 - FASE DE CONTINUAÇÃO:** esterilização das lesões e prevenção de recidivas .

(WHO, 2010) 46





Diapositivo
51

TUBERCULOSE

TRATAMENTO DA TUBERCULOSE LATENTE

Esquema	Dosagem
6 H (recomendado para imunocompetentes)	Crianças: 10 mg/kg/dia (máximo: 300 mg)
9H (recomendado para imunocomprometidos)	Adultos: 5 mg/kg/dia (máximo: 300 mg)
4 R (recomendado perante toxicidade/intolerância ou evidência de resistência à H) Crianças: 10 a 20 mg/kg/dia (máximo: 600 mg)	Crianças: 10 a 20 mg/kg/dia (máximo: 600 mg) Adultos: 10 mg/kg/dia (máximo: 600 mg)
3 HR (recomendado perante problemas de má adesão ao tratamento)	Nas doses acima referidas

Adaptado: Duarte, Villar, Carvalho (2010)³

(DGS, 2013) 51

Diapositivo
52

TUBERCULOSE

TUBERCULOSE RESISTENTE

- **MONORRESISTENTE**
Resistência a um único antibacilar
- **POLIRRESISTENTE**
Resistência a ≥ 2 antibacilares de 1ª linha, desde que H e R não sejam simultâneos
- **MULTIRRESISTENTE (MDR-TB)**
Resistência a H e R
- **EXTENSIVAMENTE RESISTENTE (XDR-TB)**
Resistência a H, R, fluoroquinolonas e injetáveis de 2ª linha

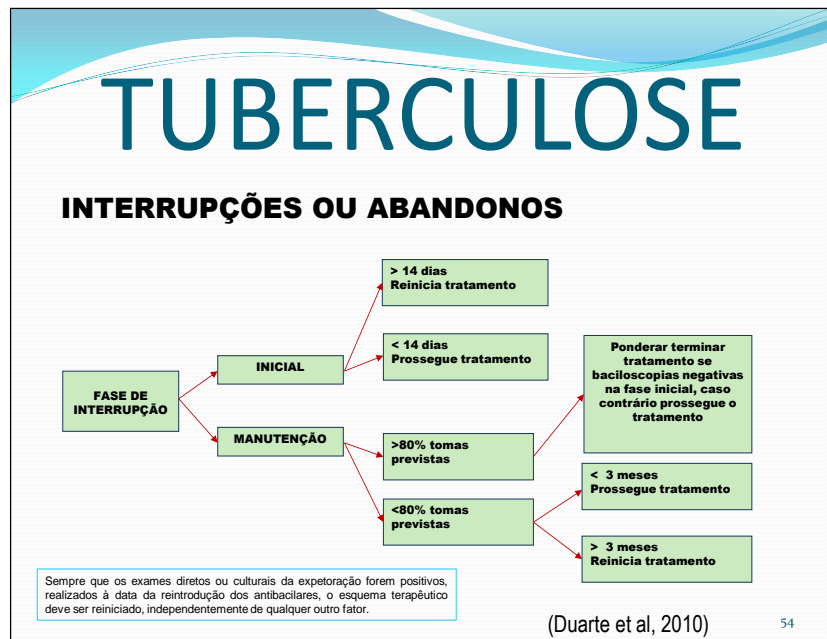
(Duarte et al, 2010) 52

TUBERCULOSE

TUBERCULOSE RESISTENTE

RESISTÊNCIA	ESQUEMA	DURAÇÃO	NOTAS
H (±S)	R + Z + E	6-9 meses	+ Fq se doença extensa
H + Z	R + E + Fq	9-12 meses	Maior duração se doença extensa
R	H + E + Fq (+ Z nos 2-3 meses iniciais)	12-18 meses	+ injetável se doença extensa
R + E (±S)	H + Z + Fq (+ injetável nos 2-3 meses iniciais)	18 meses	+ injetável 6 meses se doença extensa
R + Z (±S)	H + E + Fq (+ injetável nos 2-3 meses iniciais)	18 meses	+ injetável 6 meses se doença extensa

(Duarte et al, 2010) 53



TUBERCULOSE

MONITORIZAÇÃO DE UM DOENTE COM TB

VIGILÂNCIA	MESES DE TRATAMENTO							
	0	0,5	1	2	3	4	5	6
CLÍNICA	x	x	x	x	x	x	x	x
RADIOLÓGICA	x			x		x		x
ANALÍTICA	x	x	x	x		x		x
MICROBIOLÓGICA	x	x ^{*(1)}		x				x
TSA	x			x ^{*(2)}				


(1) De 15 em 15 dias até 3 amostras de exame direto consecutivas negativas.
 (2) Se exame direto ou cultural ainda positivos.

(Duarte et al, 2010)

55

TUBERCULOSE

ADESÃO AO TRATAMENTO



O diagrama circular ilustra os fatores que influenciam a adesão ao tratamento da tuberculose, divididos em cinco categorias principais:

- Fatores socio/económicos** (setor superior direito, azul claro)
- Fatores relacionados com a terapia** (setor inferior direito, verde claro)
- Fatores relacionados com o doente** (setor inferior esquerdo, azul escuro)
- Fatores relacionados com as condições do doente** (setor esquerdo, cinza)
- Fatores relacionados com sistema/equipa de saúde** (setor superior esquerdo, verde escuro)

(WHO, 2010)

56

Diapositivo
57

TUBERCULOSE

Cinco componentes da estratégia DOTS, para controlo da tuberculose

- 1 – Compromisso político sustentado;
- 2 – Detecção de casos por baciloscopia de qualidade garantida;
- 3 – Esquemas de tratamento padronizado – TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO –TOD;
- 4 – Fornecimento ininterrupto de drogas de qualidade garantida;
- 5 – Sistema de registo e análise de dados, permitindo avaliar os resultados do tratamento em todos os doentes, como o desempenho do programa.

(DGS, 2006)

57

Diapositivo
58

TUBERCULOSE

Toma Observada Diretamente - TOD

- ➡ Observação diária da tomada da medicação;
- ➡ Observar a engolir o medicamento;
- ➡ Os antibacilares devem permanecer com o enfermeiro;
- ➡ Apenas disponibilizar, aquando da toma do medicamento e na presença do enfermeiro;
- ➡ Administrar preferencialmente, numa toma única em jejum.

(DGS, 2013)

58

Diapositivo
59

TUBERCULOSE

O enfermeiro responsável pela TOD deve:

- Escolher um local ventilado e com privacidade;
- Observar a toma dos antibacilares;
- Verificar se a pessoa deglutiu a terapêutica;
- Encorajar a pessoa a continuar o tratamento;
- Clarificar e esclarecer dúvidas, quanto à doença e ao tratamento;
- Certificar-se da realização dos exames baciloscópicos de controlo;
- Garantir, que se dispõe dos contactos da pessoa atualizados;
- Encaminhar a pessoa para o serviço social, se necessário.

(DGS, 2013)⁵⁹

Diapositivo
60

TUBERCULOSE

TOD → Estratégias

- Permitir que a TOD, seja efetuada pelo enfermeiro no domicílio, serviço de saúde ou emprego;
- Permitir que a pessoa efetue a TOD no serviço de saúde mais próximo da sua residência;
- O enfermeiro responsável pela TOD, deverá ser aceite pela pessoa;
- Estabelecer, uma relação mais próxima entre a pessoa e os enfermeiros;
- Informar, a pessoa sobre a doença e o tratamento;
- Oferecer, incentivos para melhorar a adesão ao tratamento.

(DGS, 2013)⁶⁰

Diapositivo
61

TUBERCULOSE

- **TOD → Locais**
 - No domicílio/trabalho ou em local solicitado pela pessoa;
 - Nas Unidade de Saúde (CDP, USF, UCSP, Hospitais)
 - Nas unidades prisionais;
 - Partilhada, significa que a pessoa tem as consultas numa unidade de saúde e faz a TOD em outra unidade de saúde (mais próxima da sua residência ou do emprego).

(DGS, 2013)

61

Diapositivo
62

TUBERCULOSE

TOD - SUCESSO TERAPÊUTICO

- 5 dias/semana = toma 7 dias /semana
- Após iniciar o tratamento , nunca deve ser interrompido.

(DGS, 2013)

62

Diapositivo
63

TUBERCULOSE

EFEITOS ADVERSOS DA MEDICAÇÃO (DGS, 2006)

EFEITOS SECUNDÁRIOS MINOR	DROGA(S) PROVAVELMENTE RESPONSÁVEL	ABORDAGEM (Continuar as drogas anti-TB, rever as doses das drogas)
Anorexia, Náuseas, Dor Abdominal	Pirazinamida Rifampicina	Tomar as drogas com pequenas refeições
Artralgias	Pirazinamida	Aspirina
Sensação de Queimaduras nos Pés	Isoniazida	Piridoxina 100mg/dia
Urina Laranja/Vermelha	Rifampicina	Tranquilizar, no início do tratamento os doentes devem ser avisados que isto acontece

63

Diapositivo
64

TUBERCULOSE

EFEITOS ADVERSOS DA MEDICAÇÃO (DGS, 2006)

EFEITOS SECUNDÁRIOS MAJOR	DROGA(S) PROVAVELMENTE RESPONSÁVEL	ABORDAGEM (Parar a droga(s) responsável)
Prurido, Rash Cutâneo	Tiacetazona, S, H, R, Z	Parar as drogas anti-TB
Surdez (excluída a existência de rolhão de cerumen, por otoscopia)	Estreptomicina	Parar a Estreptomicina, usar Etambutol
Vertigem e Nistagmo	Estreptomicina	Parar a Estreptomicina, usar Etambutol
Icterícia (excluídas outras causas), Hepatite	Isoniazida, Pirazinamida, Rifampicina	Parar as drogas anti-TB
Confusão(suspeitar de insuficiência hepática aguda induzida pelas drogas se existir icterícia)	Quase todas as drogas anti-TB	Parar as drogas anti-TB. Testes de função hepática e tempo de protrombina urgentes.
Alterações Visuais(excluídas outras causas)	Etambutol	Parar o Etambutol
Choque, Púrpura, Insuficiência Renal Aguda	Rifampicina	Parar a Rifampicina

64

Diapositivo
65

TUBERCULOSE

Efeitos adversos **Minor** :

- Perante a ocorrência de náuseas, vômitos e epigastralgias, deve-se administrar a medicação 2 h após a primeira refeição;
- Pode ser necessária medicação sintomática (metoclopramida, ranitidina ou omeprazol), **desde que excluída a toxicidade hepática que se pode manifestar com os mesmos sintomas;**
- Perante reações cutâneas minor, pode ser administrada medicação anti-histamínica ,desde que excluída a reação de hipersensibilidade grave.

(DGS, 2013)

65

Diapositivo
66

TUBERCULOSE

Perante reação adversa grave, dever-se-á :

- Confirmar a dose dos fármacos utilizados;
- Excluir outras causas, para os sinais e sintomas apresentados pelo doente;
- Estimar a gravidade dos efeitos adversos;
- Suspender o/os fármacos responsáveis pelos efeitos adversos;
- Avaliar a necessidade de internamento hospitalar. A re-introdução dos fármacos, deverá ser efetuada caso a caso.

(DGS, 2013)

66

Diapositivo
67

TUBERCULOSE

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DGS (2006). Tratamento da Tuberculose. Linhas Orientadoras para Programas Nacionais.
- DGS (2008). Circular normativa n.º 12/DSCS/PNT de 07/07/2008. Detecção rápida da tuberculose multirresistente.
- DGS (2013). Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose - Manual de Boas Práticas de Enfermagem em Tuberculose.
- DGS (2013a). Portugal Infecção VIH/SIDA e Tuberculose em números – 2013 - Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA
- Duarte, D., Carvalho, A., Ferreira, D., Saleiro, S., Lima, R., Mota, M. ... Correia, A. (2010). Abordagem terapêutica da tuberculose e resolução de alguns problemas associados à medicação. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, XVI (4), 559-572.
- WHO (2010). Treatment of Tuberculosis guidelines. 4ª ed.

67

Diapositivo
68

TUBERCULOSE

Obrigada

68

Apêndice 21

Tratamento estatístico da parte II do questionário II no final das sessões
educativas individualizadas

A sua saúde é

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ótima	1	7,7	7,7	7,7
	Muito boa	2	15,4	15,4	23,1
	Boa	9	69,2	69,2	92,3
	Razoável	1	7,7	7,7	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Comparada há 1 ano saúde é:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito melhor	6	46,2	46,2	46,2
	Com algumas melhoras	4	30,8	30,8	76,9
	Aproximadamente igual	2	15,4	15,4	92,3
	Um pouco pior	1	7,7	7,7	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Actividades violentas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim. Muito limitado/a	2	15,4	15,4	15,4
	Sim, um pouco limitado/a	4	30,8	30,8	46,2
	Não, nada limitado/a	7	53,8	53,8	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Actividades moderadas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim, um pouco limitado/a	3	23,1	23,1	23,1
	Não, nada limitado/a	10	76,9	76,9	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Levantar pegar compras

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim, um pouco limitado/a	2	15,4	15,4	15,4
	Não, nada limitado/a	11	84,6	84,6	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Subir vários lanços escadas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim. Muito limitado/a	1	7,7	7,7	7,7
	Sim, um pouco limitado/a	3	23,1	23,1	30,8
	Não, nada limitado/a	9	69,2	69,2	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Subir um lanço escadas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim. Muito limitado/a	1	7,7	7,7	7,7
	Sim, um pouco limitado/a	3	23,1	23,1	30,8
	Não, nada limitado/a	9	69,2	69,2	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Inclinar; ajoelhar; baixar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim, um pouco limitado/a	3	23,1	23,1	23,1
	Não, nada limitado/a	10	76,9	76,9	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Andar mais 1 Km

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim, um pouco limitado/a	3	23,1	23,1	23,1
	Não, nada limitado/a	10	76,9	76,9	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Andar várias centenas de metros

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim, um pouco limitado/a	3	23,1	23,1	23,1
	Não, nada limitado/a	10	76,9	76,9	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Andar uma centena de metros

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim, um pouco limitado/a	3	23,1	23,1	23,1
	Não, nada limitado/a	10	76,9	76,9	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Tomar banho ou vestir-se sozinho/a

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim, um pouco limitado/a	1	7,7	7,7	7,7
	Não, nada limitado/a	12	92,3	92,3	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Diminuiu o tempo gasto

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pouco tempo	7	53,8	53,8	53,8
	Nunca	6	46,2	46,2	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Fez menos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	A maior parte do tempo	1	7,7	7,7	7,7
	Algum tempo	1	7,7	7,7	15,4
	Pouco tempo	5	38,5	38,5	53,8
	Nunca	6	46,2	46,2	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Sentiu-se limitado/a no tipo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	A maior parte do tempo	1	7,7	7,7	7,7
	Pouco tempo	4	30,8	30,8	38,5
	Nunca	8	61,5	61,5	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Teve dificuldade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	A maior parte do tempo	2	15,4	15,4	15,4
	Algum tempo	1	7,7	7,7	23,1
	Pouco tempo	3	23,1	23,1	46,2
	Nunca	7	53,8	53,8	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Diminuiu o tempo gasto a trabalhar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	A maior parte do tempo	2	15,4	15,4	15,4
	Pouco tempo	3	23,1	23,1	38,5
	Nunca	8	61,5	61,5	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Fez menos do que queria

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	A maior parte do tempo	2	15,4	15,4	15,4
	Pouco tempo	2	15,4	15,4	30,8
	Nunca	9	69,2	69,2	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Executou menos cuidadosamente

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	A maior parte do tempo	1	7,7	7,7	7,7
	Algum tempo	1	7,7	7,7	15,4
	Pouco tempo	1	7,7	7,7	23,1
	Nunca	10	76,9	76,9	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Interferencia relacionamento social

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Absolutamente nada	8	61,5	61,5	61,5
	Pouco	3	23,1	23,1	84,6
	Moderadamente	1	7,7	7,7	92,3
	Imenso	1	7,7	7,7	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Durante as últimas 4 semanas teve dores?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nenhumas	6	46,2	46,2	46,2
	Muito fracas	2	15,4	15,4	61,5
	Ligeiras	3	23,1	23,1	84,6
	Moderadas	1	7,7	7,7	92,3
	5	1	7,7	7,7	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Forma dor interferiu no seu trabalho

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Absolutamente nada	10	76,9	76,9	76,9
	Pouco	2	15,4	15,4	92,3
	Bastante	1	7,7	7,7	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Se sentiu cheio/a de vitalidade?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sempre	1	7,7	7,7	7,7
	A maior parte do tempo	4	30,8	30,8	38,5
	Algum tempo	4	30,8	30,8	69,2
	Pouco tempo	2	15,4	15,4	84,6
	Nunca	2	15,4	15,4	100,0
	Total	13	100,0	100,0	
Valid					

Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sempre	1	7,7	7,7	7,7
	A maior parte do tempo	2	15,4	15,4	23,1
	Pouco tempo	4	30,8	30,8	53,8
	Nunca	6	46,2	46,2	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sempre	5	38,5	38,5	38,5
	A maior parte do tempo	1	7,7	7,7	46,2
	Algum tempo	5	38,5	38,5	84,6
	Nunca	2	15,4	15,4	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Se sentiu com muita energia?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sempre	1	7,7	7,7	7,7
	A maior parte do tempo	5	38,5	38,5	46,2
	Algum tempo	3	23,1	23,1	69,2
	Pouco tempo	1	7,7	7,7	76,9
	Nunca	3	23,1	23,1	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Se sentiu deprimido/a?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sempre	1	7,7	7,7	7,7
	A maior parte do tempo	2	15,4	15,4	23,1
	Pouco tempo	2	15,4	15,4	38,5
	Nunca	8	61,5	61,5	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Se sentiu estafado/a?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	A maior parte do tempo	3	23,1	23,1	23,1
	Algum tempo	2	15,4	15,4	38,5
	Pouco tempo	1	7,7	7,7	46,2
	Nunca	7	53,8	53,8	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Se sentiu feliz?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sempre	3	23,1	23,1	23,1
	A maior parte do tempo	2	15,4	15,4	38,5
	Algum tempo	4	30,8	30,8	69,2
	Pouco tempo	2	15,4	15,4	84,6
	Nunca	2	15,4	15,4	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Se sentiu cansado/a?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sempre	1	7,7	7,7	7,7
	A maior parte do tempo	2	15,4	15,4	23,1
	Algum tempo	3	23,1	23,1	46,2
	Pouco tempo	2	15,4	15,4	61,5
	Nunca	5	38,5	38,5	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Parece que adoção mais facilmente do que os outros

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Verdade	2	15,4	15,4	15,4
	Não sei	1	7,7	7,7	23,1
	Falso	7	53,8	53,8	76,9
	Absolutamente falso	3	23,1	23,1	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Sou tão saudável como qualquer outra pessoa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Absolutamente verdade	2	15,4	15,4	15,4
	Verdade	7	53,8	53,8	69,2
	Não sei	2	15,4	15,4	84,6
	Falso	2	15,4	15,4	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Falso	6	46,2	46,2	46,2
	Absolutamente falso	7	53,8	53,8	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

A minha saúde é óptima

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Absolutamente verdade	1	7,7	7,7	7,7
	Verdade	8	61,5	61,5	69,2
	Não sei	2	15,4	15,4	84,6
	Falso	2	15,4	15,4	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Apêndice 22

Tratamento estatístico da parte III do questionário II no final das sessões
educativas individualizadas

Estou informado/a em relação à doença

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Absolutamente verdade	13	100,0	100,0	100,0

Estou informado/a em relação ao tratamento

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Absolutamente verdade	13	100,0	100,0	100,0

Tive/Tenho medo de contagiar os outros

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Absolutamente falso	13	100,0	100,0	100,0

Sair de casa para tornar a medicação?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sempre	1	7,7	7,7	7,7
	Algum tempo	4	30,8	30,8	38,5
	Pouco tempo	4	30,8	30,8	69,2
	Nunca	4	30,8	30,8	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Tomar uma dose diária grande de comprimidos?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sempre	1	7,7	7,7	7,7
	A maior parte do tempo	1	7,7	7,7	15,4
	Algum tempo	1	7,7	7,7	23,1
	Pouco tempo	1	7,7	7,7	30,8
	Nunca	9	69,2	69,2	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Ter de cumprir um Tratamento longo?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sempre	1	7,7	7,7	7,7
	A maior parte do tempo	1	7,7	7,7	15,4
	Algum tempo	2	15,4	15,4	30,8
	Pouco tempo	4	30,8	30,8	61,5
	Nunca	5	38,5	38,5	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Engolir determinados comprimidos?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pouco tempo	2	15,4	15,4	15,4
	Nunca	11	84,6	84,6	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Sonolência?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	A maior parte do tempo	1	7,7	7,7	7,7
	Nunca	12	92,3	92,3	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Dores musculares?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Algum tempo	1	7,7	7,7	7,7
	Pouco tempo	2	15,4	15,4	23,1
	Nunca	10	76,9	76,9	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Alterações de humor?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sempre	1	7,7	7,7	7,7
	Nunca	12	92,3	92,3	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Diminuição do desejo sexual?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Algum tempo	1	7,7	7,7	7,7
	Nunca	12	92,3	92,3	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Problemas gastrointestinais?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pouco tempo	2	15,4	15,4	15,4
	Nunca	11	84,6	84,6	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Náuseas e/ou vômitos?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Algum tempo	1	7,7	7,7	7,7
	Pouco tempo	1	7,7	7,7	15,4
	Nunca	11	84,6	84,6	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Comichões em todo o corpo?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pouco tempo	1	7,7	7,7	7,7
	Nunca	12	92,3	92,3	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Vermelhidão na pele?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	13	100,0	100,0	100,0

Alopécia

	Frequency	Percent
Missing System	13	100,0

Amnésia recente

	Frequency	Percent
Missing System	13	100,0

Como de forma mais equilibrada

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Absolutamente verdade	6	46,2	46,2	46,2
	Verdade	7	53,8	53,8	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Descanso mais

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Absolutamente verdade	6	46,2	46,2	46,2
	Verdade	6	46,2	46,2	92,3
	Não sei	1	7,7	7,7	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Consumo menos tabaco

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Absolutamente verdade	4	30,8	30,8	30,8
	Verdade	3	23,1	23,1	53,8
	Não sei	1	7,7	7,7	61,5
	Falso	1	7,7	7,7	69,2
	Absolutamente falso	4	30,8	30,8	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Consumo menos álcool

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Absolutamente verdade	4	30,8	30,8	30,8
	Verdade	1	7,7	7,7	38,5
	Não sei	2	15,4	15,4	53,8
	Falso	3	23,1	23,1	76,9
	Absolutamente falso	3	23,1	23,1	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Consumo menos outras drogas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Absolutamente verdade	3	23,1	23,1	23,1
	Falso	4	30,8	30,8	53,8
	Absolutamente falso	6	46,2	46,2	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Faço mais exercício físico

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Absolutamente verdade	1	7,7	7,7	7,7
	Verdade	4	30,8	30,8	38,5
	Não sei	2	15,4	15,4	53,8
	Falso	3	23,1	23,1	76,9
	Absolutamente falso	3	23,1	23,1	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Realizo mais actividades lúdicas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Absolutamente verdade	4	30,8	30,8	30,8
	Verdade	7	53,8	53,8	84,6
	Não sei	1	7,7	7,7	92,3
	Absolutamente falso	1	7,7	7,7	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Cálculo das dimensões da Escala SF36v2

	MS	DF	DC	SG	VT	FS	DE	SM	FF	CF	CM
1	3	31,25	75	45	60	50	33,33	60	80	48,1	36,98
2	4	37,5	25	70	30	75	25	68	70	41,44	42,04
3	1	31,25	25	85	40	25	25	76	55	46,95	33,56
4	1	62,5	25	82	60	87,5	58,33	80	95	48,72	49,33
5	2	50	25	50	60	62,5	58,33	48	70	41,27	43,66
6	3	100	100	92	90	100	100	92	95	62,43	55,9
7	1	12,5	25	15	5	0	0	0	15	31,68	18,33
8	1	25	75	75	40	87,5	100	100	50	36,99	61,55
9	4	6,25	50	60	5	12,5	25	20	40	45,53	19,6
10	3	100	100	40	50	75	91,67	60	100	57,32	43,84
11	3	100	100	77	80	100	66,67	60	100	64,17	44,92
12	5	50	75	45	40	87,5	50	44	60	42,38	44,37
13	3	100	100	67	70	100	100	76	90	56,89	54,05

Cálculo das dimensões da Escala SF36v2

(final da sessão educativa individualizada)

	MS	DF	DC	SG	VT	FS	DE	SM	FF	CF	CM
1	3	31,25	75	45	60	50	33,33	60	80	48,1	36,98
2	4	37,5	25	70	30	75	25	68	70	41,44	42,04
3	1	31,25	25	85	40	25	25	76	55	46,95	33,56
4	1	62,5	25	82	60	87,5	58,33	80	95	48,72	49,33
5	2	50	25	50	60	62,5	58,33	48	70	41,27	43,66
6	3	100	100	92	90	100	100	92	95	62,43	55,9
7	1	12,5	25	15	5	0	0	0	15	31,68	18,33
8	1	25	75	75	40	87,5	100	100	50	36,99	61,55
9	4	6,25	50	60	5	12,5	25	20	40	45,53	19,6
10	3	100	100	40	50	75	91,67	60	100	57,32	43,84
11	3	100	100	77	80	100	66,67	60	100	64,17	44,92
12	5	50	75	45	40	87,5	50	44	60	42,38	44,37
13	3	100	100	67	70	100	100	76	90	56,89	54,05